

## O PROCESSO DE ENFERMAGEM E SUA IMPLANTAÇÃO EM UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE ENSINO

Sara Jeyme Pinheiro (apresentadora) – Faculdade Vale do Salgado (sara\_jeyme\_pinheiro@hotmail.com)

Ítala Alencar Braga Victor – Faculdade Vale do Salgado

Jadna Mony Gregório Freitas (Orientadora) – Instituto Federal de Educação, Ciências e Tecnologia do Ceará

*Palavras-chave: Processo de enfermagem. Sistematização da assistência de enfermagem. Teoria das necessidades humanas básicas.*

### Resumo

A enfermagem se confirma enquanto ciência com a divulgação de teorias de enfermagem. Com base nestas criaram-se métodos para implementá-las na prática assistencial. As etapas desse processo, segundo Wanda Horta, são histórico, diagnóstico, plano assistencial, prescrição, evolução e prognóstico. Este processo faz-se necessário para que haja qualidade na assistência de enfermagem, ademais, promoção de saúde nas escolas é um espaço novo que vem ganhando destaque, portanto objetiva-se com esse trabalho descrever a sistematização da assistência de enfermagem implementada em uma instituição de ensino público de nível médio, técnico e superior. Após identificação da clientela, discutiu-se em equipe as teorias que se aplicariam à realidade e definiu-se como base teórica a Teoria das necessidades Humanas básicas de Wanda Horta. Buscou-se criar instrumentos para viabilizar o processo e que fossem voltados para as necessidades biopsicossocial e espirituais envolvidas em todas as etapas do processo. Foi criado um instrumento semiestruturado para o histórico de enfermagem contemplando as questões referentes ao histórico e exame físico, para diagnósticos de enfermagem, contendo os principais diagnósticos encontrados com a implementação do processo de enfermagem baseado na classificação de diagnósticos do NANDA, prescrições de enfermagem e evolução. A criação de tais mecanismos foi substancial para que a sistematização da assistência de enfermagem seja viabilizada na prática, de forma reflexiva e metodológica para o planejamento da assistência.

### Introdução

A ideia da enfermagem enquanto ciência foi defendida por Florence Nightingale na segunda metade do século XIX, porém só a partir de meados do século seguinte começou-se a articular e sistematizar as teorias acerca da enfermagem, dando base teórica para os conhecimentos atuais. (NORONHA *et al*, 2006)(SANTOS *et al*, 2012)

O processo de enfermagem é baseado nessas teorias como um modelo para operacionalizá-las e é visto como uma abordagem metodológica para a solução de problemas. (GARCIA & NOBREGA, 2009). No Brasil, na década de 60 do século XX, a professora Wanda de Aguiar Horta empenhou-se em divulgar as teorias já em discussão nos Estados Unidos. Mais tarde, em 1974, criou a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (HORTA, 1979).

Esse processo de enfermagem é voltado à satisfação das necessidades humanas básicas do sujeito em busca do equilíbrio biopsico-socio-espiritual e aplicado para que o foco da atenção deixe de ser a fisiopatologia da doença para ser o sujeito, este visto individualmente e integralmente. (HORTA, 1979)

O processo de enfermagem é definido por Wanda Horta, como: “a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano”. Baseada no método científico, propôs-se seis etapas para a sistematização da assistência de enfermagem: histórico, diagnóstico, plano assistencial, prescrição, evolução e prognóstico de enfermagem (HORTA, 1979).

A Resolução 358/2009 do COFEN dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados onde são prestados os cuidados de enfermagem, como uma atribuição privativa do enfermeiro. (BRASIL, 2009)

Surgiu a necessidade de desenvolver instrumentos para a implantação da sistematização da assistência de enfermagem em uma instituição de ensino, para que haja uma assistência de enfermagem integral e voltada as necessidades peculiares do indivíduo e para que nesse contexto a enfermagem conquiste esse espaço, que é novo, já que somente em 2011, com a criação do Programa Saúde na Escola (BRASIL, 2007), passou-se a prestar uma assistência de enfermagem mais efetiva ao educando, considerando a importância da promoção da saúde para a formação de um ser capaz de cuidar da própria saúde em busca da qualidade de vida e do holismo.

nesse cenário que entendemos ser de fundamental contribuição para a ciência a divulgação deste estudo, já que há poucas pesquisas para orientar a aplicação da SAE em escolas. Sendo assim objetiva-se com esse trabalho descrever a sistematização da assistência de enfermagem implementada em uma instituição de ensino público de nível médio, técnico e superior.

## Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo de natureza qualitativa, de relato de experiência. Foram criados instrumentos para implantação da SAE, os quais foram: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, prescrições de enfermagem e evolução, para serem aplicadas em instituição de educação, ciência e tecnologia. A análise de dados foi realizada à luz do referencial teórico da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta e da classificação de diagnósticos de enfermagem do NANDA. Tais processos passaram por teste e modificações ao longo de sua implantação.

## Resultados e Discussão

Inicialmente, foi realizado um reconhecimento da estrutura da instituição, através da leitura de documentos institucionais, da clientela, constituída na sua maioria de adolescentes e jovens. A definição do referencial teórico a ser utilizado, através da elaboração dos instrumentos e posteriormente foi realizado o preparo prático para a implementação da SAE.

Na fase prática inicial foram realizadas reuniões com a equipe de enfermagem para discutir as teorias de enfermagem, escolher a teoria que mais se adequa ao serviço, desenhar e discutir os formulários a serem utilizados (HERMIDA & ARAÚJO, 2006).

Definiu-se a teoria das necessidades humanas básicas de Wanda Horta como a prioritária a ser seguida no modelo de SAE a ser implantado.

O primeiro formulário, a ser desenvolvido, atendeu à etapa de investigação e engloba a coleta de dados através da entrevista e o exame físico. Na entrevista, pretende-se indagar sobre os dados pessoais do aluno e necessidades biopsicossociais, como de saneamento básico, antecedentes familiares e pessoais, estilo de vida e queixa atual. Buscou-se, nesse formulário, trazer um roteiro de exame físico por sistema do corpo humano na sequência céfalo caudal adaptado de Porto (2009) à realidade da teoria de base.

Após a formulação, este instrumento foi submetido à validação entre os meses de maio e junho de 2014, com a aplicação deste em consultas de enfermagem, as quais totalizaram 12. Em seguida foi implementado o processo de enfermagem, foi planejado o cuidado com base nos dados encontrados e foram realizados os diagnósticos para cada caso com base na taxonomia de NANDA (2010). Os principais deles foram listados em um formulário para facilitar e organizar a SAE.

Alguns diagnósticos encontrados foram relacionadas a regulação hormonal: atraso no crescimento e desenvolvimento, necessidades psicossociais e emocionais: ansiedade e enfrentamento familiar comprometido, percepção dos órgãos do sentido: dor aguda e náuseas, de regulação térmica: hipertermia, estilo de vida sedentário, de alimentação: nutrição prejudicada para mais ou para menos que as necessidades corporais, de eliminações: diarreia.

Através disso foi planejado o cuidado individualmente e listadas as principais prescrições de enfermagem para cada diagnóstico de enfermagem, estes foram organizadas posteriormente em um formulário semiestruturado para que os instrumentos para SAE sejam viáveis durante a consulta de enfermagem.

No retorno do cliente será realizada a evolução em formulário específico, avaliando com esse registro todas as dimensões biopsicossociais e espirituais, se através das intervenções as necessidades humanas básicas destes estão sendo supridas. Esta é a quinta etapa do processo de enfermagem. Neste momento, caso haja alguma necessidade humana básica afetada, conforme o prognóstico de enfermagem, pode-se traçar novo plano de cuidados, realizando novos diagnóstico e prescrições de enfermagem ou manter o plano de cuidados já planejado.

Foi criado um protocolo para utilização da SAE, orientando como proceder durante a sua aplicação.

## Conclusão

Entende-se que a educação é em um ambiente novo para a enfermagem e este deve ser bem explorado para que ganhe dimensão. O processo de Enfermagem é um método validado e consolidado que pode ser capaz de proporcionar maior qualidade na assistência e autonomia e valorização aos profissionais da enfermagem e, diferenciando-os dos demais da área da saúde. Tal ganho só acontece através do trabalho sistematizado.

Verifica-se que a escolha de teorias e criação de formulários que norteiem o processo de enfermagem é de suma importância para a viabilidade da SAE e sua utilização na prática. Esta é uma importante ferramenta de gestão do cuidado.

## Referências

BARREIRA, I.A. Memória e história para uma nova visão da enfermagem no Brasil. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, 87-93, jul. 1999.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4384>>. Acesso em: 09/07/2014.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 dez. 2007.

GARCIA TR, NÓBREGA MML. Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. vol.13 nº 1. 188-193, mar. 2009.

HERMIDA, PMV; ARAÚJO, IEM. Sistematização da Assistência de Enfermagem: subsídios para implantação. **Rev Bras Enferm**, vol. 59 n. 5. 675-9, set-out. 2006.

HORTA, W.A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1979.

NANDA, North American Nursing Association. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011**/ NANDA International; tradução Regina Machado Garcez. – Porto Alegre: Artmed, 2010.

PERRY, A.G.; POTTER, P.A. **Fundamentos de enfermagem**. 7ª Edição. 2009.

PORTO, C.C. **Semiologia Médica**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SANTOS, *et al*. O espaço do processo de Enfermagem na prática profissional: um exercício de reflexão. **História da Enfermagem Revista Eletrônica**,. Vol. 3 n. 2, 172-189. 2012. Aben Nacional. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/vol3num2artigo6.pdf>>. Acesso em: 09/07/2014.

## Agradecimentos

Agradecemos ao IFCE campus Cedro pelo apoio institucional e aos clientes do serviço de enfermagem, razão maior do desenvolvimento do presente método de trabalho.



## OFICINA SOBRE SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA EM UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: ESPAÇO DE REFLEXÃO E CONHECIMENTO COMPARTILHADO.

Sara Jeyme Pinheiro (apresentador) – Faculdade Vale do Salgado, sara\_jeyme\_pinheiro@hotmail.com

Ítala Alencar Braga Victor – Faculdade Vale do Salgado

Jadna Mony Gregório Freitas (Orientadora) – Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do

Ceará – Campus Cedro

*Palavras-chave: Adolescência. Sexualidade. Promoção da saúde.*

### Resumo

**INTRODUÇÃO:** A adolescência é uma fase marcada por diversas transformações, sendo estas físicas, psíquicas e sociais. Tais transformações, fazem com que os adolescentes vivam intensamente sua sexualidade. A escola deve aproveitar os conhecimentos, habilidades e transformações destes a fim de tornar-se um ambiente propício às atividades educativas em diversas áreas do conhecimento humano, porém ainda há lacunas de informações, pela falta de uma educação sexual efetiva. A escola deve inovar as práticas de ensino-aprendizagem em relação a orientações acerca da sexualidade, desde que essas sejam embasadas em um constante processo de reflexão para que haja discussão com adolescentes sobre temas relacionados a sexualidade, atuando assim atuar com ações de promoção da saúde. **OBJETIVO:** Descrever a experiência do uso de oficinas na promoção da saúde para adolescentes no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará– *campus* Cedro. **METODOLOGIA:** Este estudo trata-se de um relato de experiência, onde realizamos uma oficina sobre sexualidade, contamos com a participação de 10 pessoas, na oportunidade lançamos mão de dinâmicas para analisarmos o conhecimento que estes tinham em relação ao tema, logo após houve uma exposição dialogada. **RESULTADOS E DISCURSÕES:** A realização dessa oficina nos mostrou que os adolescentes tem conhecimento das transformações corporais que acontecem nesta fase e que essas transformações geraram angústia, vergonha e anseios. **CONCLUSÃO:** Ao desenvolver este evento tivemos a oportunidade de conhecer as principais angústias, dúvidas e medos dos adolescentes sobre a temática abordada, contribuindo assim para o planejamento dos próximos encontros, o que refletirá na participação dos alunos na prevenção e promoção da saúde.

### Introdução

A adolescência trata-se de uma etapa de crescimento e desenvolvimento do ser humano, marcada por diversas transformações físicas, psíquicas e sociais, sendo compreendida também pelo período de desenvolvimento situado entre a infância e a idade adulta, esta está sujeita a influências sociais e culturais. (BRETAS, 2005).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência é compreendida entre os 10 e 19 anos. Esta mesma faixa etária é adotada também no Brasil pelo Ministério da saúde, já o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) delimita cronologicamente a faixa dos 12 aos 18 anos (BRASIL, 2009).

Conforme (BRASIL, 2009), a puberdade engloba uma variedade de modificações biológicas que transformam o corpo infantil em adulto, ela ocorre de maneira semelhante em todas as pessoas, é um dos elementos da adolescência. A puberdade é constituída por: crescimento físico: aceleração, desaceleração, até a parada do crescimento (segundo estirão); maturação sexual; desenvolvimento dos órgãos reprodutores e aparecimento dos caracteres sexuais secundários; mudanças na composição corporal; desenvolvimento dos aparelhos respiratório, cardiovascular e outros.

Tais transformações biopsicossociais, próprias dessa etapa da vida, fazem com que os adolescentes vivam intensamente sua sexualidade. Muitas vezes influenciando suas práticas sexuais, manifestadas por vezes em relações sexuais desprotegidas. A evolução de seus comportamentos e pensamentos vai depender do grupo no qual está inserido, ou seja, das interações com outros jovens, do vínculo familiar e social. (CAMARGO, 2009) Isso pode gerar um problema, agravado pela falta de informação e pelos tabus que impedem o diálogo entre adolescentes, sociedade, família e escola.

A sexualidade é caracterizada por um conjunto de fenômenos da vida sexual, sendo enfatizado a busca pelo prazer (Aurélio, 2004).

O Programa Saúde na Escola (PSE) é resultante da interação do trabalho entre o Ministério da saúde e o Ministério da educação, foi instituído pelo Decreto presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, com a intenção de ampliar as ações específicas de alunos da rede pública, abrangendo o Ensino Fundamental e Médio, Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica, Educação de Jovens e Adultos (BRASIL, 2009).

Na perspectiva da construção da cidadania, a escola é um espaço privilegiado para a promoção da saúde, por envolver diversos atores como adolescentes, estudantes, educadores, família, lideranças comunitárias e profissionais da saúde (FONSECA, 2010).

A escola desempenha um papel fundamental na formação das pessoas através do processo ensino-aprendizagem, podendo assim atuar com ações de promoção da saúde (BRASIL, 2009). A escola, portanto, é marcada por ser um dos principais ambientes sociais dos adolescentes. Sendo assim, esta deve estar preparada para acolher e dar um suporte ao desenvolvimento próprio da adolescência.

Dessa forma, a escola deve aproveitar os conhecimentos, habilidades e transformações destes a fim de tornar-se um ambiente propício às atividades educativas em diversas áreas do conhecimento humano, porém ainda há lacunas de informação, pela falta de educação sexual (CAMARGO, 2009).

As ações educativas voltadas ao adolescente para se tornarem efetivas, devem contemplar a educação sexual e reprodutivas destacando dúvidas e medos acerca da temática, tendo suas estratégias baseadas no contexto cultural do público-alvo (BESERRA, 2008).

Entendemos que para construção de um currículo adequado, devemos atentar para a identificação da necessidade real dos alunos e educadores, de acordo com a sociedade a qual estão inseridos, o que favorece o desenvolvimento peculiar de diversas capacidades, sejam elas técnicas ou sociais, que norteiam sua localização dentro da sociedade, formando pessoas autônomas, críticas, democrática e solidárias. Para isso deve-se inovar as práticas de ensino-aprendizagem em relação a orientações sobre sexualidade, desde que essas sejam embasadas em um constante processo de reflexão, através de oficinas, abertura de espaços diferenciado (*workshops*) para a reflexão e discussão com adolescentes sobre temas relacionados a sexualidade (TONNATO, 2002).

A sexualidade é um processo de construção de identidade e deve ser vista como algo intrínseco e natural ao ser humano. Devemos, portanto desmistificar e tratar o assunto dentro dos diversos espaços sociais, como: família, escolas e instituições religiosas, baseados em conhecimentos científicos, claros e objetivos, buscando dar o suporte necessário para que as crianças e adolescentes consigam enfrentar todas as mudanças e dilemas característicos de cada etapa da vida.

Baseados nisso, o serviço de enfermagem em conjunto com estagiárias de enfermagem do Programa de Estágio Remunerado 2014 do Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Ceará – *campus* Cedro elaboraram uma oficina com a temática: “Adolescência: sexualidade e corpo”. O presente trabalho objetiva, portanto, descrever a experiência do uso de oficinas na promoção da saúde, no âmbito da educação sexual, para adolescentes na referida instituição de ensino.

## Metodologia

O presente trabalho constitui-se de um estudo de campo, de caráter exploratório, de abordagem qualitativa. Trata-se, portanto de um relato de experiência vivenciado no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará – *Campus* Cedro, pelo serviço de enfermagem do *Campus* no dia 24 de julho de 2014 com duração de uma hora.

Segundo Marconi & Lakatos (2010), a pesquisa de campo é aquela utilizada com o objetivo de conseguir informações e /ou conhecimentos acerca de um problema para o qual se procura uma resposta, ou de uma hipótese que se queira comprovar, ou, ainda, descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles. Ainda conforme os mesmos autores, a pesquisa aplicada procura gerar conhecimento para a aplicação prática dirigida a solução de problemas específicos.

De acordo com Cavalcante & Lima (2012), o relato de experiência é um instrumento da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações que abordam uma situação vivenciada no âmbito profissional de interesse da comunidade científica.

O relato de experiência trata-se de uma oficina, a qual teve como tema “Adolescência: sexualidade e corpo”. Esta foi divulgada em uma página do serviço de enfermagem do campus em uma rede social e em cartazes colocados no interior do *campus*, onde a participação esteve aberta a todo público deste.

A Instituição onde foi realizada a oficina conta hoje com um total de 727 alunos matriculados, nos cursos de Mecatrônica Industrial; Licenciatura em Matemática; Integrado em Eletrotécnica, Informática, Mecânica e EJA. Na ocasião contamos com a presença de 10 alunos matriculados no curso de Integrado em Informática, de faixa etária entre 18 e 21 anos, sendo 6 mulheres e 4 homens, no período da tarde.

Iniciamos com uma dinâmica com duração de cinco minutos, a qual teve como proposta a verificação das principais dúvidas dos adolescentes em relação à sexualidade. Para isso foi feito anteriormente um semáforo com três caixinhas de papelão com recortes em círculos no centro de cada uma, embrulhadas nas cores vermelha, amarela e verde e coladas verticalmente. Pediu-se que os jovens escrevessem três palavras que estivessem relacionadas com o tema e logo após passamos o semáforo para que os mesmos colocassem as palavras de acordo com o grau de dificuldade em falar sobre o assunto, onde o vermelho significava grande dificuldade, o amarelo: média dificuldade e o verde: pouca dificuldade.

Na segunda dinâmica foi abordado a temática “Eu era assim, fiquei assim”, para tanto, o grupo foi dividido em dois subgrupos e foi entregue cartolina e pincéis a cada grupo. Solicitou-se que, em 10 minutos, os subgrupos conversassem e construíssem dois desenhos, sendo um de uma pessoa na infância e o outro na fase adulta, dando ênfase às transformações que aconteceram na adolescência. Um grupo ficou com o sexo masculino e o outro com o sexo feminino.

Logo em seguida, foram entregues aos subgrupos duas situações hipotéticas acerca da temática e desafiou-se que conversassem e refletissem sobre a situação recebida, mostrando seu ponto de vista ao grupo maior em 10 minutos.

O próximo passo foi o uso da dinâmica “Linha da vida”, desta vez individual, onde foi requisitado que durante 10 minutos eles fizessem uma



retrospectiva de quando criança e escrevessem no papel as mudanças, medos e anseios das duas fases.

O trabalho teve continuidade com uma exposição dialogada com duração de 20 minutos, a qual seguiu a mesma temática, utilizamos como materiais: computador, apresentação em *power point* e *data show*.

Logo, houve uma breve discussão do desenho que foi feito do corpo humano e divulgado o resultado do semáforo. Para finalizar, foi entregue uma avaliação ao público presente, onde analisamos o interesse dos alunos sobre o tema abordado e a contribuição para o aprimoramento de seus conhecimentos.

## Resultados e Discussão

A realização dessa oficina possibilitou-nos identificar as principais dúvidas do público em questão, norteadas assim para os assuntos a serem abordados nos próximos encontros no que diz respeito a promoção da saúde no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará – *Campus Cedro*.

A primeira dinâmica nos mostra que o grupo tem mais dificuldade em conversar sobre doenças sexualmente transmissíveis, com enfoque na AIDS e gravidez; com dificuldade média ficou paternidade e maternidade precoce e ejaculação; já o corpo humano e preservativo o grupo opinou que tem pouca dificuldade em falar sobre o assunto.

Corroborando com estes resultados Amorim & Maia (2012), em pesquisa com 20 adolescentes de uma escola pública no interior paulista, diz que dos participantes que tinham dúvidas sobre sexualidade, grande parte gostaria de saber mais sobre gravidez e sua prevenção, outras dúvidas foram sobre doenças sexualmente transmissíveis e resposta sexual.

Na dinâmica “Eu era assim, fiquei assim”, detectamos que os dois subgrupos tinham conhecimento das mudanças corporais que acontecem na fase da adolescência, tendo em vista que os desenhos correspondiam às mudanças ocorridas.

Ao analisarmos a dinâmica “Linha da vida”, concluímos que as transformações corporais, vergonha em falar sobre a sexualidade e a angústia e anseios das experiências vividas como: o primeiro beijo, a primeira compra de camisinha, marcaram essa nova fase de suas vidas. Bem exemplificado na opinião de um integrante do grupo: “A descoberta de pêlos em regiões estratégicas começaram a trazer momentos de constrangimentos, tais como situações vergonhosas; Angústia: primeira compra de camisinhas em farmácia; anseio pelo primeiro primeiro namoro: momentos que marcam a infância”.

As situações hipotéticas deram origem a várias opiniões sobre o que fazer diante da situação exposta, gerando discussões entre o grupo devido à diversidade do modo que cada qual via a situação.

A exposição dialogada foi bastante proveitosa, a troca de conhecimento foi o que mais marcou, o grupo teve uma ótima interação. A curiosidade, os medos e os anseios deram destaque ao encontro, onde os sujeitos tiveram uma participação exemplar a qual nos possibilitou trocar ideias e nos familiarizarmos com o grupo.

A avaliação nos mostrou que o assunto abordado foi de extremo interesse do grupo e que a palestra deu grande contribuição para a compreensão do assunto em questão.

## Conclusão

**Buscou-se, na oficina, conhecer as percepções dos adolescentes sobre o assunto e seus conhecimentos prévios, contribuindo assim para o crescimento dos saberes que estruturam o ensino da educação em saúde voltado a esses sujeitos.**

**Diante do exposto foi visto que o público tem várias dúvidas, medos e angústias relacionados à sexualidade. A troca de informações e a interação com o grupo foi de grande relevância para construção do conhecimento.**

**A partir desta experiência, detectamos os assuntos que o grupo presente tem uma maior dificuldade em falar, para assim podermos planejar a temática dos próximos encontros, no intuito de contribuir com o processo de adesão às práticas de comportamento preventivo, favorecendo o sujeito a ter uma visão ampla, podendo então atuar na promoção da sua saúde.**

**Constatou-se com este estudo que são necessárias ações de educação em saúde, que propiciem aos jovens um espaço para expor dúvidas, conhecer os meios de prevenção e promoção da saúde, capacitando-o a repensar condutas e favorecendo uma melhor qualidade de vida.**

**Já que o diálogo sobre a sexualidade é dificultada pelos tabus, historicamente envolvidos, destaca-se a oficina em dinâmica de grupo como uma metodologia de trabalho eficaz para a promoção da saúde e educação sexual para os adolescentes. Esse tipo de atividade pode abrir um espaço coletivo de construção de conhecimento e de participação de todos através da mediação dos profissionais.**

## Referências

AMORIM, Rita Mayara; MAIA, Ana Cláudia Bortolozzi. Sexualidade na Adolescência: dúvidas de alunos de uma escola pública. Rev. Ibero-Americana de Estudos em Educação. Araraquara-SP, v. 7, n. 4, dezembro de 2012.

BESERRA, Eveline Pinheiro; PINHEIRO, Patrícia Neyva da Costa; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. Ação educativa do enfermeiro na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis: uma investigação a partir das adolescentes. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, Sept. 2008.

BRETAS, José Roberto da Silva et al. Conhecimento sobre DST/AIDS por estudantes adolescentes. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 43, n. 3, Sept. 2009.

CAMARGO, Elisana Ágatha lakmiu; FERRARI, Rosângela Aparecida Pimenta. Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, June 2009.

CAVALCANTE, B. L. L; LIMA, U. T. S. Relato de experiência de uma estudante de Enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas. Journal of Nursing Healt. Pelotas (RS), 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, nº 24. Brasília, DF 2009.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa. 3ª ed. Curitiba: Positivo, 2004.

FONSECA, Adriana Dora da; GOMES, Vera Lúcia de Oliveira; TEIXEIRA, Karina Correa. Percepção de adolescentes sobre uma ação educativa em orientação sexual realizada por acadêmicos(as) de enfermagem. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, June 2010.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisa, amostragem e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

TONATTO, Suzinara; SAPIRO, Clary Milnitsky. Os novos parâmetros curriculares das escolas brasileiras e educação sexual: uma proposta de intervenção em ciências. Psicol. Soc., Belo Horizonte, v. 14, n. 2, dez. 2002.

## Agradecimentos

Agradecemos ao IFCE – Campus Cedro, pelo apoio institucional e aos clientes do serviço de enfermagem, razão maior do desenvolvimento desse trabalho.

O PROGRAMA ANJOS DA ENFERMAGEM E A SEUS REFLEXOS NA HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA.

Autor 1 (apresentador) – Carlon Washington Pinheiro. – Universidade de Fortaleza – carlon.washington@edu.unifor.br

Autor 2 – Antônia Ardeivanda de SousaTeixeira. – Faculdade Nordeste.

Autor 3 – Francisco Antônio da Cruz Mendonça. – Faculdade Nordeste .

Autor 4 – Samuel Fernandes de Oliveira Souza. – Faculdade Nordeste.

Autor 5 – Adriana Simplício de Araújo. Faculdade Nordeste, curso de Enfermagem.

Autor 6 (Orientador) – Karla Maria Carneiro Rolim. – Universidade de Fortaleza.

Palavras-chave: Oncologia. Pediatria. Cuidados de Enfermagem. Anjos da Enfermagem. Humanização.

**Resumo** O objetivo do estudo foi descrever a humanização da assistência à criança portadora de câncer. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado a partir de uma pesquisa integrativa nas bases de dados Scielo, Biblioteca Virtual de Saúde e EBSCO-HOST, a partir dos descritores: “anjos da enfermagem”, “humanização da assistência”, “humanização SUS” e “ludoterapia”. A coleta de dados ocorreu nos meses de abril e maio de 2014. Quatorze artigos e uma monografia foram selecionados e surgiram três temas principais: oncologia pediátrica e humanização da assistência à criança, Programa Anjos da Enfermagem – educação e saúde através do lúdico, o cuidado humanizado de Enfermagem à criança em tratamento oncológico. Conclui-se que é preciso continuar explorando a área de humanização com uma visão voltada para sua efetividade na construção de profissionais voltados para o ser humano de forma integral, com o reforço do protagonismo dos usuários e a melhoria na relação profissional-usuário-família.

## Introdução

O câncer em crianças, até cerca de duas décadas, era considerado uma doença aguda, com pouca possibilidade de cura, resultando, na maioria dos casos, em morte. Atualmente, tem-se apresentado como uma doença com perspectiva de cura, pois cerca de 80% das crianças podem ser curadas, quando diagnosticadas precocemente, e se tratados em centros especializados (FISHER, 2001).

Segundo o INCA (2008), as neoplasias malignas infanto-juvenis quando comparadas aos adultos, são consideradas raras, correspondendo entre 2% a 3% dos casos gerais. Em países desenvolvidos o câncer é a segunda causa de óbito entre crianças de 0 e 14 anos, no Brasil ele também se torna a segunda causa de morte, só que em uma faixa etária entre 1 e 19 anos, contabilizando 8% de todos os óbitos. Em ambos os casos o câncer infantil só perde para morte por causas externas, como acidentes, violências e isso significa que é a primeira causa de morte por doença nesse período de idade (MALAGUTTI et al., 2011).

O contexto histórico desenvolvido a partir da Oitava Conferência Nacional de 1986, com a participação popular no movimento da reforma sanitária brasileira, impactou profundamente nas práticas de saúde vistas no Brasil naquela época. Antigamente a dicotomia existente entre ações curativas de caráter individual e ações preventivas de caráter coletivo fragmentavam a assistência e conseqüentemente a visão holística do cuidado ao ser humano, isso mudou ao ser promulgada a Constituição Federal de 1988 com a aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS) (AGUIAR et al., 2011).

Entre os assuntos mais relevantes atualmente no âmbito do SUS está a humanização da assistência. Com a implantação da Política Nacional de Humanização, Humaniza SUS de 2003, foi possível aumentar os debates e adotar novos olhares sobre as relações entre usuários, gestores e profissionais. Os princípios metodológicos dessa política estão voltados para marcos teóricos que contemplam a transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão, o protagonismo, a corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. O entendimento dessas teorias se dá pela problematização dos papéis exercidos por cada elemento dentro de suas realidades (BARBOSA et al., 2013).

Dentro dessa problemática evidenciamos a criança portadora de câncer como um indivíduo que necessita crescentemente de ações em humanização, pois a terapêutica dolorosa e sua drástica mudança do ambiente domiciliar para o ambiente hospitalar configura uma nova rotina que modifica drasticamente o contato com família, amigos e escola (CRUZ; ROCHA; MARQUES 2013).

O projeto Anjos da Enfermagem: educação e saúde através do lúdico - destaca a missão de proporcionar apoio à criança com câncer e também de construir uma visão ampliada e humanística sobre práticas de humanização no meio hospitalar.

A responsabilidade social desenvolvida em seus membros influencia na sua formação acadêmica, tornando-se assim um processo de aprendizado (VEIRA, 2012). Diante das considerações objetiva-se com o estudo sistematizar as referências da literatura relacionadas com o protagonismo do cuidado humanizado à criança portadora de câncer.ão

**Metodologia** Estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizada a partir de uma pesquisa integrativa, a qual tem por finalidade reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um determinado tema ou questão (MENDES; SILVEIRA; GALVAO, 2008). A revisão integrativa é um método de revisão mais amplo, pois permite incluir literatura teórica e empírica bem como estudos com diferentes abordagens metodológicas (quantitativa e qualitativa). Os estudos incluídos na revisão são analisados



de forma sistemática em relação aos seus objetivos, materiais e métodos, permitindo que o leitor analise o conhecimento pré-existente sobre o tema investigado (POMPEO; ROSSI; GALVAO, 2009).

A coleta de dados ocorreu nos meses de abril e maio de 2014. A técnica utilizada na pesquisa para obtenção dos dados foi por meio de um levantamento bibliográfico junto as bases de dados Scielo, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e EBSCO-HOST, que proporcionaram um amplo acesso a periódicos e artigos científicos, a partir dos descritores: “anjos da enfermagem”, “humanização da assistência”, “humanização SUS” e “ludicoterapia”, publicados em inglês ou português, com recorte atemporal. Foram considerados os artigos que abordam de forma mais clara a temática. Os mesmos foram selecionados por intermédio de seu título e resumo.

Foram encontrados 32 artigos, mas somente os pertinentes à revisão foram avaliados na íntegra. Também foi realizada uma busca manual em livros-texto de referência e outras fontes, visando permitir uma exposição didática do trabalho, procurando abordar pontos ainda não explicitados. Após uma leitura exaustiva dos textos, foi realizada a síntese de cada artigo e agrupado de acordo com os temas previamente elaborados.

Ao final do estudo foram destacados todos os resultados obtidos para se chegar uma determinada conclusão, de forma geral do que foi descrito pelos artigos, procurando por meio desse estudo mostrar a influência de um atendimento humanizado à criança portadora de câncer. Após os dados coletados buscou-se apresentar os resultados da revisão integrativa, essa etapa consiste na elaboração do estudo propriamente dito, onde se deve apresentar as etapas e os resultados principais de cada estudo, de forma a contemplar a questão problema da revisão integrativa. Os dados obtidos foram analisados e discutidos de acordo com a literatura pertinente (POMPEO; ROSSI; GALVAO, 2009).

## Metodologia

Estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizada a partir de uma pesquisa integrativa, a qual tem por finalidade reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um determinado tema ou questão (MENDES; SILVEIRA; GALVAO, 2008). A revisão integrativa é um método de revisão mais amplo, pois permite incluir literatura teórica e empírica bem como estudos com diferentes abordagens metodológicas (quantitativa e qualitativa). Os estudos incluídos na revisão são analisados de forma sistemática em relação aos seus objetivos, materiais e métodos, permitindo que o leitor analise o conhecimento pré-existente sobre o tema investigado (POMPEO; ROSSI; GALVAO, 2009).

A coleta de dados ocorreu nos meses de abril e maio de 2014. A técnica utilizada na pesquisa para obtenção dos dados foi por meio de um levantamento bibliográfico junto as bases de dados Scielo, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e EBSCO-HOST, que proporcionaram um amplo acesso a periódicos e artigos científicos, a partir dos descritores: “anjos da enfermagem”, “humanização da assistência”, “humanização SUS” e “ludicoterapia”, publicados em inglês ou português, com recorte atemporal. Foram considerados os artigos que abordam de forma mais clara a temática. Os mesmos foram selecionados por intermédio de seu título e resumo.

Foram encontrados 32 artigos, mas somente os pertinentes à revisão foram avaliados na íntegra. Também foi realizada uma busca manual em livros-texto de referência e outras fontes, visando permitir uma exposição didática do trabalho, procurando abordar pontos ainda não explicitados. Após uma leitura exaustiva dos textos, foi realizada a síntese de cada artigo e agrupado de acordo com os temas previamente elaborados.

Ao final do estudo foram destacados todos os resultados obtidos para se chegar uma determinada conclusão, de forma geral do que foi descrito pelos artigos, procurando por meio desse estudo mostrar a influência de um atendimento humanizado à criança portadora de câncer. Após os dados coletados buscou-se apresentar os resultados da revisão integrativa, essa etapa consiste na elaboração do estudo propriamente dito, onde se deve apresentar as etapas e os resultados principais de cada estudo, de forma a contemplar a questão problema da revisão integrativa. Os dados obtidos foram analisados e discutidos de acordo com a literatura pertinente (POMPEO; ROSSI; GALVAO, 2009).

## Resultados e Discussão

A partir de uma leitura criteriosa, selecionamos 14 artigos e uma monografia com o tema focado no lúdico. Além da temática lúdica, dois artigos vieram com a proposta de problematizar a Política Nacional de Humanização e um artigo trouxe o tema câncer na adolescência. Dez artigos possuíam natureza qualitativa e quatro quantiquantitativa.

O manual da Política Nacional de Humanização foi lido na íntegra, juntamente com todos os artigos já referidos, suas abrangências e aplicabilidades no projeto de extensão Anjos da Enfermagem foram analisadas, além disso, dois livros foram selecionados e os critérios de escolha dos principais capítulos foram a necessidade de embasamento mais aprofundado no âmbito da história do SUS e no lúdico aplicado à oncologia pediátrica.

## Oncologia pediátrica e humanização da assistência à criança

A humanização da assistência voltada para a oncologia pediátrica tem caráter multidisciplinar com a necessidade de uma

diversidade de profissionais que contemplem, além da cura, o desenvolvimento afetivo, motor e cognitivo das crianças. A utilização do lúdico traz uma infinidade de estratégias possíveis para atuar no cotidiano dessas crianças, entre elas está a proposta pedagógica trazida pela arteterapia, esta vem sendo aplicada para a prática da educação com ênfase na psicomotricidade, onde as crianças desenvolvem habilidades motrizes necessárias para o desenvolvimento pessoal e interpessoal a partir de atividades como: modelagem, desenho, pintura, maquetes, trabalho com música, teatro de fantoches, entre outros (MALAGUTTI et al., 2011).

A linguagem artística permite que a criança consiga exteriorizar suas emoções, aumente sua autoestima e autoconfiança, além disso, promove um resgate da autonomia a partir do momento em que ela se põe criativamente a construir algo próprio seu, isso melhora sua condição passiva proveniente de intervenções como a quimioterapia e radioterapia em que elas não conhecem e quase não podem interferir (MALAGUTTI et al., 2011). A brinquedoteca se configura como outro componente forte que permite que a criança expresse seus sentimentos, ampliando também a sua visão em relação aos outros, com isso o estímulo ao desenvolvimento, a socialização, criatividade e aprendizagem se tornam fundamentais para a formação da criança (MELO; VALLE, 2010).

É preciso melhorar a interação entre profissional-criança-família, pois muitas vezes o profissional está imerso em uma zona de segurança pautada na impessoalidade, quando espera que o paciente e seus familiares apenas expressem ações colaborativas seguidas de atitudes e comportamentos aceitáveis. Esse modo de ser renega a responsabilidade pessoal, acabando praticando atos e linguagens superficiais que em nada contribuem para a compreensão dos envolvidos (MELO; VALLE, 2010).

A Política Nacional de Humanização propõe parâmetros para sua implementação na atenção hospitalar, entre eles estão: garantia de visitas abertas; mecanismos de desospitalização; garantia de continuidade da assistência; mecanismos de escuta para a população; mecanismos de recepção e acolhimento aos usuários e existência de grupos de trabalho de humanização (BRASIL, 2004).

## **Programa Anjos da Enfermagem – educação e saúde através do lúdico**

Para que a hospitalização da criança não acarrete em um rompimento total com as suas atividades, o Programa Anjos da Enfermagem promove a educação e saúde através do lúdico. Este Programa é mantido e desenvolvido em parceria com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e os Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN) e tem como finalidade de promover a cidadania dos estudantes e profissionais de Enfermagem brasileira.

Baseado nas atividades lúdicas e sua eficácia na melhora da qualidade de vida das crianças portadoras de câncer e no processo de melhora na relação profissional-usuário-família, os Anjos da Enfermagem se inserem em um cenário voltado para a educação e a saúde, utilizando estratégias lúdicas envolvendo a brinquedoterapia, arteterapia, contação de histórias, jogos, musicoterapia e magia (VEIRA, 2012).

O Programa Anjos da Enfermagem - Núcleo Ceará é realizado por dezesseis voluntários, acadêmicos de Enfermagem, de duas Instituições de Ensino Superior, a Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e a Faculdade Nordeste (FANOR) DeVry Brasil – Universidades do Bem - sendo oito efetivos e oito suplentes, pela Coordenadora Estadual e pelos Coordenadores Locais, professores da UNIFOR e FANOR.

O Projeto Anjos da Enfermagem, conta atualmente com 209 voluntários diretos, 1,5 milhão de voluntários indiretos, com atuação em mais de 18 estados com prática em 20 hospitais, contabilizando 125.720 visitas intra-hospitalares, 3.168 visitas extra-hospitalares, 243.712 crianças atendidas, com um total de público em eventos artísticos de mais de 28.784 pessoas. Esses dados evidenciam a importância e o compromisso desse projeto que se tornou o maior de responsabilidade social da Enfermagem brasileira (INSTITUTO ANJOS DA ENFERMAGEM, 2014).

As atividades lúdicas são desenvolvidas por meio da educação em saúde, tais como: mágicas, contação de histórias, musicoterapia, arte com balões, teatro, arte com pintura, desenhos entre outros. As atividades possuem a finalidade de amenizar o medo, a angústia e a ansiedade causados pelo tratamento quimioterápico.

Vale ressaltar que educação em saúde não significa somente para transmissão de informações, deve haver uma troca de experiências de vida, aspectos comportamentais, medidas terapêuticas e interacionais. Para tal, os alunos voluntários participam de uma formação na qual recebem orientações sobre os direitos do paciente, legislação de Enfermagem, noções de prevenção e controle de infecção hospitalar e metodologia científica por meio da qual ampliara suas possibilidades de desenvolvimento de pesquisas (COELHO et al., 2010), (SPOSITO et al., 2013), (BRITTO et al., 2009).

## **O cuidado humanizado de Enfermagem à criança em tratamento oncológico**

A hospitalização para o tratamento oncológico de uma criança pode ser considerada uma fatalidade na vida de uma família. Haja vista que a família e a criança enfrentam problemas como longos períodos de hospitalização, reinternações frequentes, terapêutica agressiva com sérios efeitos indesejáveis advindos do próprio tratamento, dificuldades pela separação dos membros da família durante as internações, interrupção das atividades diárias, limitações na compreensão do diagnóstico,



desajuste financeiro, angústia, dor, sofrimento e o medo constante da possibilidade de morte (TARR; PICKLER, 1999).

Revelou-se que a qualidade do cuidado à criança com câncer foi avaliada pelos pais através do grau de confiança e simpatia transmitido pela equipe de Enfermagem; da experiência profissional, conhecimento e habilidades em lidar com crianças; do oferecimento de informações sobre a doença e terapêutica, principalmente no início do tratamento e da disponibilidade de equipamentos na unidade para a criança, como gravador e vídeo (MELNYK; FEINSTEIN; SMALL, 2001).

Na área de oncologia pediátrica ainda se vê a resistência pela busca da singularidade das crianças, mas em outra vertente, surge uma busca incessável para o conhecimento de novos tipos de efeitos colaterais, estados de saúde inéditos, novas formas de dor e investimentos em tecnologias pesadas. Isso se dá pela forte fragmentação entre a razão e a emoção, que resulta igualmente no nível hierárquico de prioridades do profissional de Enfermagem que considera a razão, onde está seu conhecimento técnico-científico, superior a emoção, onde está seu afeto e visão humanística (VIEIRA, 2012).

Portanto, quanto ao desenvolvimento de estratégias humanizadoras pela equipe de Enfermagem das instituições de saúde que assistem às crianças portadoras de câncer, foi percebido na literatura que é preciso capacitar e sensibilizar os profissionais e, igualmente dar suporte para que eles tenham condições para humanizar, com modelos de gestão transversais que estimulem a educação permanente. Articulado a tudo isso é preciso que a formação dos cursos da área da saúde entre em contato com as ciências humanas de maneira mais aplicada, para que as metodologias ativas ganhem espaço e possibilitem o desenvolvimento de estudantes problematizadores, capazes de lidar com o imprevisível. Estudos ainda evidenciam que as inserções de ações que promovam o lúdico em crianças internadas são relevantes para a redução nos efeitos dessa hospitalização e quanto a prevenção problemas psicológicos que possam aparecer (CHERNICHARO; FREITAS; FERREIRA, 2013).

## Conclusão

Após a revisão integrativa dos estudos selecionados, percebe-se que o olhar holístico para o ser humano tem se tornado o objetivo de diversos trabalhos científicos e práticas assistenciais, mas ainda continua sendo um desafio para o cotidiano dos profissionais de saúde, onde o saber técnico ainda se sobressai sobre o cuidado humanizado.

Observou-se na literatura que as práticas lúdicas com crianças hospitalizadas para tratamento oncológico, melhoram o quadro clínico da criança internada por meio de sua participação nas brincadeiras e interação com os profissionais voluntários, propiciando, mesmo que momentaneamente, um ambiente alegre e divertido amenizando a dor e a tristeza, o que confirma e enaltece as práticas desenvolvidas pelo Programa Anjos da Enfermagem.

Conclui-se que é preciso continuar explorando a área de humanização com uma visão voltada para sua efetividade na construção de profissionais voltados para o ser humano de forma integral. É preciso fortalecer o protagonismo do usuário no seu processo de saúde-doença, assim como a melhoria na postura da relação profissional-usuário-família para que as ações em saúde contemplem fatores que ultrapassem o conhecimento estático e superficial.

## Referências

AGUIAR, Z.N. et al. Breve história da política de Saúde no Brasil. São Paulo: Martinari, 2011.

BARBOSA, G.C. et al. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. Rev. bras. enferm., Brasília, v.66, n.1, Fev. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000100019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000100019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 8 Maio. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Humaniza SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/aquivos/pdf/doc\\_base.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/aquivos/pdf/doc_base.pdf)> Acesso em: 24 abr. 2014.

BRITO, T.R.P. et al. As práticas lúdicas no cotidiano do cuidar em enfermagem pediátrica. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v.13, n. 4, Dez. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452009000400016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000400016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 22 Ago. 2014.

COELHO, A.C.O. et al. Olho vivo: analisando a acuidade visual das crianças e o emprego do lúdico no cuidado de enfermagem. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, Jun 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452010000200015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000200015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 Aug. 2014.

CRUZ, D.S.M. da; ROCHA, S.M.L.da; MARQUES, D.K.A. O LÚDICO NA HOSPITALIZAÇÃO: PERCEPÇÃO DE MÃES DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS QUANTO AO PROJETO DE EXTENSÃO “ANJOS DA ENFERMAGEM. Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança, Nova Esperança, v. 11, n. 2, p.131-142, set. 2013.

CHERNICHARO, Isis de Moraes; FREITAS, Fernanda Duarte da Silva de; FERREIRA, Márcia de Assunção. Humanização no cuidado de enfermagem: contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 66, n. 4, Ago. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000400015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000400015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 28 mai. 2014.

FISHER, H.R. The needs of parents with chronically sick children: a literature review. Journal Of Advanced Nursing, Estados



Unidos, v. 36, n. 4, p.600-6007, nov. 2001.

INSTITUTO ANJOS DA ENFERMAGEM. O maior projeto de responsabilidade social da enfermagem brasileira. 2014. Disponível em: <http://www.anjosdaenfermagem.org.br>. Acesso em: 20 mai 2014.

MALAGUTTI, William et al. Oncologia Pediátrica: uma abordagem multiprofissional. São Paulo: Martinari, 2011.

MELESKI, D.D. Families with chronically ill children: a literature review examines approaches to helping them cope. Am J Nurs, v.102, n. 5, p.47-54, 2002.

MELO, L.L.; VALLE, E.R.M. A Brinquedoteca como possibilidade para desvelar o cotidiano da criança com câncer em tratamento ambulatorial. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 44, n. 2, Jun 2010 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000200039&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200039&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 22 Ago. 2014.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P. GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 17, n. 4, Dez. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 Abr. 2014.

POMPEO, D.A.; ROSSI, L.A.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. Acta paul. enferm., São Paulo, v. 22, n. 4, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002009000400014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000400014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 22 Ago. 2014.

SPOSITO, A.M.P. et al. Estratégias lúdicas de coleta de dados com crianças com câncer: revisão integrativa. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v.34, n. 3, Set. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472013000300024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000300024&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 Ago. 2014.

TARR, J.; PICKLER, R.H. Becoming a cancer patient: a study of families of children with acute lymphocytic leukemia. J Pediatr Oncol Nurs v.16, n.1, p. 44-50, 1999.

VIEIRA, N.H.K. Anjos da enfermagem: a percepção dos acadêmicos voluntários do projeto. 2012. 43 f. Monografia (Especialização) - Curso de Enfermagem, Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, 2012.

OPINIÕES DE ENFERMEIRO DE ATENÇÃO BÁSICA ACERCA DE ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DA SAÚDE DO HOMEM

Nalma Alexandra Rocha de Carvalho – Universidade Federal do Piauí (enf.nalma.carvalho@hotmail.com)

Raylane da Silva Machado – Universidade Federal do Piauí-UFPI

Vanessa Caminha Aguiar Lopes – Universidade Federal do Piauí-UFPI

Karen Aline Almeida Rocha – Universidade Federal do Piauí-UFPI

Jéssica Pereira Costa – Universidade Federal do Piauí-UFPI

Elaine Cristina Carvalho Moura – Universidade Federal do Piauí-UFPI

Palavras-chave: Saúde do Homem. Educação em Saúde. Promoção da Saúde. Filmes e Vídeos Educativos.

## Resumo

**Essa pesquisa objetiva descrever acerca das ações de promoção/prevenção à saúde do homem na área de atuação em saúde pública, além de temas para confecção de vídeos educativos a serem utilizados em ações de Promoção/Prevenção da saúde, tudo isso com base na opinião do enfermeiro. Esse trabalho foi desenvolvido a partir de uma pesquisa de campo realizada com 14 enfermeiras da atenção básica do município de Teresina, Piauí, que estavam participando de uma semana de capacitação. A busca ocorreu no período de uma semana do mês de março do ano de 2014. Quando investigada a adesão às ações de promoção e prevenção à saúde do homem de 25 a 59 anos que ocorrem em saúde pública, todas as 14 enfermeiras apontaram que essa é mínima (utilizaram termos como difícil, insatisfatória, muito ruim e não muito boa que sugerem o mesmo). E três (21,4%) afirmaram que o homem só procura sua unidade de saúde quando enfermo. As temáticas mais descritas foram: DST/AIDS, Hipertensão Arterial, Diabetes, entre outras temáticas. Conclui-se que os enfermeiros estão abertos para implementar no seu ambiente de trabalho estratégias de prevenção/promoção a saúde do homem. Além disso percebeu-se que os vídeos educativos mostraram-se como uma metodologia de boa aceitação por parte da enfermagem.**

## Introdução

No Brasil, apenas em 2009, o Ministério da Saúde propôs qualificar a atenção à saúde da população masculina, reconhecendo que requer mecanismos de fortalecimento e qualificação, pois estudos comprovavam que existia maior vulnerabilidade dos homens às doenças (BRASIL, 2008).

Nesse intuito foi estabelecida a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PSH) que tem por diretriz central a integralidade da atenção à saúde da população masculina, em dupla perspectiva: (1) a integralidade do homem no sentido de atendimento às necessidades de saúde, articulando-se os níveis primário, secundário e terciário da atenção, garantindo a continuidade das ações pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e (2) o entendimento de que muitos dos problemas que afetam a saúde do homem devem ser considerados em sua abrangência social e cultural, e não meramente biológica (BRASIL, 2009)

Essa portaria aponta seis diretrizes fundamentais: (1) Integralidade, (2) Organização dos serviços, (3) Hierarquização da política, (4) Priorização da atenção básica, (5) Reorganização das ações de saúde e (6) Integração entre a PSH. E apresenta como objetivo primordial: Promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde (BRASIL, 2009).

Porém o grande desafio continua sendo trazer os homens aos serviços de saúde, de modo que os indicadores de promoção da saúde masculina possam ser melhorados. As poucas tentativas para sensibilizá-los através de campanhas parecem não haver alcançado os efeitos desejados. Talvez compreender como os homens constroem sua masculinidade ajude a criar mecanismos para o acolhimento desse grupo populacional e para que se alcance a tão desejada integralidade da atenção à saúde (COUTO et al, 2010); (FIGUEIREDO, 2005).

Considerando que a prevalência da procura dos serviços de saúde por parte da população feminina é superior à masculina, como mostra Tomasi et al (2011), ao relatar que no Nordeste a maior proporção dos atendimentos em ESF foi para mulheres entre 15 e 49 anos (41,2%), enquanto a menor proporção dos mesmos foi para homens (7,7%) na mesma faixa etária, pode-se observar que os homens não priorizam a procura pelos serviços de saúde em seu estilo de vida (TOMASI et al, 2012).

Neste sentido esse trabalho objetiva descrever acerca das ações de promoção e prevenção à saúde do homem na área de atuação em saúde pública, além de temas para confecção de vídeos educativos a serem utilizados em ações de Promoção/Prevenção da saúde, tudo isso com base na opinião do enfermeiro.

## Metodologia

Esse trabalho foi desenvolvido a partir de uma pesquisa de campo tipo levantamento e/ou enquete realizada com 14 enfermeiras da atenção básica do município de Teresina, Piauí, que estavam participando de uma semana de capacitação. A

busca ocorreu no período de uma semana do mês de março do ano de 2014.

Essa pesquisa se inseriu nas atividades do programa de extensão financiado pelo Ministério da Educação, intitulado “Práticas de Enfermagem na promoção da saúde da criança, do homem e do idoso: arte, simulação e tecnologia - Segunda Etapa”. Participaram da pesquisa 5 colaboradores, entre eles, graduandos em Enfermagem e graduandos em Medicina pela Universidade Federal do Piauí, objetivando conhecer a parti da visão do profissional da enfermagem as necessidades da população masculina.

Assim, a abordagem ocorreu individualmente, onde cada uma das enfermeiras respondeu as 5 cinco questões abertas, dispostas no questionário. As perguntas eram: 1. Como você classifica a adesão a ações de promoção e prevenção da saúde do homem de 25 a 59 anos na sua área de atuação em saúde pública? 2. Na sua área de atuação em saúde pública quais ações de promoção da saúde são oferecidas a homens de 25 a 59 anos? 3. Na sua área de atuação em saúde pública quais ações de prevenção da saúde são oferecidas a homens de 25 a 59 anos? 4. Para implementar as ações de promoção e/ou de prevenção da saúde do homem de 25 a 59 anos na sua área de atuação fosse disponibilizados vídeos educativos. Que temas você sugere que devem ser prioritariamente desenvolvidos nesses vídeos? 5. E temas voltados para vídeos técnicos, ou seja, voltados para o publico de profissionais de saúde sobre saúde do homem, tendo em vista a sua experiência profissional quais temas você sugere?

Essas respostas foram consolidadas e discutidas em grupo, desenvolvendo assim conhecimento para fundamentar e direcionar a construção de vídeos educativos com vistas à promoção da saúde dos homens.

Resultados e Discussão

Nas construções dos modelos de gênero, costuma-se representar o masculino em oposição ao universo feminino. Reflexos dessa oposição têm sido observados em relação aos cuidados em saúde. Nesse sentido, observa-se que homens costumam ter mais dificuldades na busca por assistência em saúde quando veem as necessidades de cuidado como uma tarefa feminina (MACHIN et al, 2011).

Quando investigada a adesão às ações de promoção e prevenção à saúde do homem de 25 a 59 anos que ocorrem em saúde pública, todas as 14 enfermeiras apontaram que essa é mínima (utilizaram termos como difícil, insatisfatória, muito ruim e não muito boa que sugerem o mesmo). E três (21,4%) afirmaram que o homem só procura sua unidade de saúde quando enfermo.

A tabela 01 apresenta quais as ações de promoção à saúde do homem são oferecidas à população entre 25 e 59 anos na área de atuação em saúde pública. Cabe ressaltar que as enfermeiras confundiram ações de promoção com ações de prevenção o que dificultou um pouco a categorização das respostas.

Tabela 01: Ações de Promoção da Saúde oferecidas a homens de 25 a 59 anos. Teresina-PI, 2014.

	N	%
Ações educativas (palestras/ encontros grupais e individuais) sobre		
Saúde Sexual e Reprodutiva	04	28,6
DST's/ AIDS	03	21,4
Alimentação Saudável	02	14,3
Hipertensão	03	21,4
Diabetes	03	21,4
Produção de folders educativos	01	7,1
Ação global semestral	01	7,1
Não possui ações	01	7,1
Busca ativa dos homens nessa faixa etária	02	14,3

\*A somatória ultrapassa os 100% porque cada enfermeira citou mais de uma ação que desenvolveu.

A ação de promoção de saúde mais citada pelos enfermeiros foi a relacionada a Ações educativas (palestras/ encontros grupais e individuais sobre Saúde Sexual e Reprodutiva (28,6%), seguido por DST's/AIDS (21,4%), Hipertensão 21,4 e Diabetes (21,4%).

O fato de os homens serem mais vulneráveis às doenças, entre elas as cardiovasculares, é com- provado por vários estudos comparativos entre homens e mulheres, nos quais, a despeito da maior vulnerabilidade e das altas taxas de



morbimortalidade, os homens não buscam serviços de atenção primária como fazem as mulheres. No entanto, se houvesse tal procura, muitos agravos poderiam ser evitados (MARINHO, 2010).

A tabela 2 traz as ações de prevenção desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família para homens entre 25 e 59 anos.

Tabela 02: Ações de Prevenção da Saúde oferecidas a homens de 25 a 59 anos. Teresina-PI, 2014.

	N	%
Consultas médicas	04	28,6
Consultas de enfermagem	08	57,1
Vacinação	06	42,8
Realização/ Solicitação de exames	09	64,3

\*A somatória ultrapassa os 100% porque cada enfermeira citou mais de uma ação que desenvolveu.

Dentre as ações de prevenção na Estratégia Saúde da Família 57,1% referiram que a mais realizadas foi a Consulta de enfermagem. A enfermagem vem ampliando, a cada dia, o seu espaço na área da saúde, tanto no contexto nacional quanto no cenário internacional. O enfermeiro assume um papel cada vez mais decisivo e pró-ativo no que se refere à identificação das necessidades de cuidado da população, bem como na promoção e proteção da saúde dos indivíduos em suas diferentes dimensões. O cuidado de enfermagem é, portanto, um componente fundamental no sistema de saúde local, que apresenta os seus reflexos a nível regional e nacional e, por isso, também motivo de crescentes debates e novas significações (BACKES et al, 2012).

A tabela 03 aponta os temas sugeridos para confecção de vídeos educativos e a 04 para confecção de vídeos técnicos a serem utilizados na implementação de ações de promoção/prevenção à saúde do homem de 25 a 59 anos.

Tabela 03: Temas para confecção de vídeos educativos a serem utilizados em ações de Promoção/Prevenção da Saúde do Homem de 25 a 59 anos. Teresina-PI, 2014.

	N	%
DST's/AIDS	11	78,6
Drogas	04	28,6
Hábitos de vida saudável	04	28,6
Prevenção de doenças prevalentes no homem	04	28,6
Saúde Sexual e reprodutiva	04	28,6
Câncer	03	21,4
Saúde Mental: Alcoolismo e Tabagismo	03	21,4
Prevenção de Acidentes	02	14,3
O papel de pai	02	14,3
Hipertensão	02	14,3
Diabetes	02	14,3
Violência	01	7,1
Obesidade	01	7,1
Prevenção de violência doméstica	01	7,1

\*A somatória ultrapassa os 100% porque cada enfermeira citou mais de um tema.

O tema mais indicado para a elaboração tanto de vídeos educativos quando vídeos técnicos foi DST's/AIDS. Tema este bem atual e que assola grande parte da população, em especial a masculina devido a dificuldade no rastreamento, prevenção e tratamento.

Tabela 04: Temas para confecção de vídeos técnicos a serem utilizados pelos profissionais de saúde para elaboração de

ações de Promoção/Prevenção da Saúde do Homem de 25 a 59 anos. Teresina-PI, 2014.

	N	%
DST's/AIDS	06	42,8
Manual técnico de saúde do homem	05	35,7
Métodos de abordagem da população masculina	05	35,7
Doenças prevalentes no homem	04	28,6
Saúde Sexual e reprodutiva	03	21,4
Câncer	02	14,3
Drogas	01	7,1
Violência	01	7,1
Qualidade de Vida	01	7,1

\*A somatória ultrapassa os 100% porque cada enfermeira citou mais de um tema.

Do ponto de vista da organização dos serviços de saúde, há preocupação dos profissionais em como abordar a saúde do homem no cotidiano, especialmente na Estratégia Saúde da Família, que trabalha com área selecionada, população definida e ações programadas. A principal pergunta é: qual o modo de sensibilizar os homens para que cuidem de si e busquem uma unidade de saúde da APS para prevenção de agravos e promoção à saúde? Para responder a essa pergunta, os profissionais de saúde devem focalizar a saúde em uma perspectiva mais ampla e não apenas considerando que o corpo masculino é o doente a tratar e medicalizar (FIGUEIREDO, 2005).

O novo foco deve procurar compreender o corpo masculino em um contexto social, não desvinculado do sujeito. Dessa forma seriam levadas em consideração algumas práticas que fazem parte do ethos de parcela significativa da população masculina (COUTO, 2010).

## Conclusão

Conclui-se que os enfermeiros estão abertos para implementar no seu ambiente de trabalho estratégias de prevenção e promoção a saúde do homem, confirmou-se por meio do relato dos enfermeiros que os homens têm resistência a procurar os serviços de saúde, dificultando a implementação dessas estratégias. Através da busca pode-se conhecer os temas que serão abordados nos vídeos educativos na visão do enfermeiro, este que tem uma lida diária da comunidade e conseqüentemente uma experiência mais aprimorada. Os vídeos educativos mostraram-se como uma metodologia de boa aceitação por parte da enfermagem tem

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (princípios e diretrizes). Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde do homem. Diagnóstico completo da saúde do homem. Brasília, 2008.

COUTO, M. T. et al. O homem na atenção primária à Saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. Interface-comunic., Saúde, Educ. v.14, n.33, p:257-70, 2010.

FIGUEIREDO, W. Assistência à Saúde dos Homens: um desafio para os serviços da Atenção Primária. Ciênc. Saúde coletiva; v.10, n.1, p: 105-109, 2005.

MARINHO, Antônio. Medidas simples para ter um coração saudável. O Globo, Blog Leituras Favre. 13 ago. 2010. Disponível em: <<http://blogdofavre.ig.com.br/tag/cardiologia/>> Acesso em: 13 agosto de 2014.

# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

**MACHIN, R. et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuida- dos em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. Cien Saude Colet. v.16, n.11, p: 4503-4512, 2011.**

**TOMASI, E. et al. Características da utilização de serviços de atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção.Ciênc. saúde coletiva [online]. v.16, n.11, p. 4395-4404, 2011.**

## **Agradecimentos**

À Secretária de Educação Superior do Ministério da Educação – MEC/SESu/DIFES, financiadora do Programa de Extensão que desenvolveu o trabalho.



# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

O PROCESSO DE ENFERMAGEM E SUA IMPLANTAÇÃO EM UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE ENSINO

Sara Jeyme Pinheiro (apresentadora) – Faculdade Vale do Salgado (sara\_jeyme\_pinheiro@hotmail.com)

Ítala Alencar Braga Victor – Faculdade Vale do Salgado

Jadna Mony Gregório Freitas (Orientadora) – Instituto Federal de Educação, Ciências e Tecnologia do Ceará

Palavras-chave: Processo de enfermagem. Sistematização da assistência de enfermagem. Teoria das necessidades humanas básicas.

## Resumo

A enfermagem se confirma enquanto ciência com a divulgação de teorias de enfermagem. Com base nestas criaram-se métodos para implementá-las na prática assistencial. As etapas desse processo, segundo Wanda Horta, são histórico, diagnóstico, plano assistencial, prescrição, evolução e prognóstico. Este processo faz-se necessário para que haja qualidade na assistência de enfermagem, ademais, promoção de saúde nas escolas é um espaço novo que vem ganhando destaque, portanto objetiva-se com esse trabalho descrever a sistematização da assistência de enfermagem implementada em uma instituição de ensino público de nível médio, técnico e superior. Após identificação da clientela, discutiu-se em equipe as teorias que se aplicariam à realidade e definiu-se como base teórica a Teoria das necessidades Humanas básicas de Wanda Horta. Buscou-se criar instrumentos para viabilizar o processo e que fossem voltados para as necessidades biopsicossocial e espirituais envolvidas em todas as etapas do processo. Foi criado um instrumento semiestruturado para o histórico de enfermagem contemplando as questões referentes ao histórico e exame físico, para diagnósticos de enfermagem, contendo os principais diagnósticos encontrados com a implementação do processo de enfermagem baseado na classificação de diagnósticos do NANDA, prescrições de enfermagem e evolução. A criação de tais mecanismos foi substancial para que a sistematização da assistência de enfermagem seja viabilizada na prática, de forma reflexiva e metodológica para o planejamento da assistência.

## Introdução

A ideia da enfermagem enquanto ciência foi defendida por Florence Nightingale na segunda metade do século XIX, porém só a partir de meados do século seguinte começou-se a articular e sistematizar as teorias acerca da enfermagem, dando base teórica para os conhecimentos atuais. (NORONHA et al, 2006)(SANTOS et al, 2012)

O processo de enfermagem é baseado nessas teorias como um modelo para operacionalizá-las e é visto como uma abordagem metodológica para a solução de problemas. (GARCIA & NOBREGA, 2009). No Brasil, na década de 60 do século XX, a professora Wanda de Aguiar Horta empenhou-se em divulgar as teorias já em discussão nos Estados Unidos. Mais tarde, em 1974, criou a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (HORTA, 1979).

Esse processo de enfermagem é voltado à satisfação das necessidades humanas básicas do sujeito em busca do equilíbrio biopsico-socio-espiritual e aplicado para que o foco da atenção deixe de ser a fisiopatologia da doença para ser o sujeito, este visto individualmente e integralmente. (HORTA, 1979)

O processo de enfermagem é definido por Wanda Horta, como: “a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano”. Baseada no método científico, propôs-se seis etapas para a sistematização da assistência de enfermagem: histórico, diagnóstico, plano assistencial, prescrição, evolução e prognóstico de enfermagem (HORTA, 1979).

A Resolução 358/2009 do COFEN dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados onde são prestados os cuidados de enfermagem, como uma atribuição privativa do enfermeiro. (BRASIL, 2009)

Surgiu a necessidade de desenvolver instrumentos para a implantação da sistematização da assistência de enfermagem em uma instituição de ensino, para que haja uma assistência de enfermagem integral e voltada as necessidades peculiares do indivíduo e para que nesse contexto a enfermagem conquiste esse espaço, que é novo, já que somente em 2011, com a criação do Programa Saúde na Escola (BRASIL, 2007), passou-se a prestar uma assistência de enfermagem mais efetiva ao educando, considerando a importância da promoção da saúde para a formação de um ser capaz de cuidar da própria saúde em busca da qualidade de vida e do holismo.

É nesse cenário que entendemos ser de fundamental contribuição para a ciência a divulgação deste estudo, já que há poucas pesquisas para orientar a aplicação da SAE em escolas. Sendo assim objetiva-se com esse trabalho descrever a sistematização da assistência de enfermagem implementada em uma instituição de ensino público de nível médio, técnico e superior.

## Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo de natureza qualitativa, de relato de experiência. Foram criados instrumentos para implantação da SAE, os quais foram: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, prescrições de enfermagem e evolução, para serem aplicadas em instituição de educação, ciência e tecnologia. A análise de dados foi realizada à luz do referencial teórico da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta e da classificação de diagnósticos de enfermagem do NANDA. Tais processos passaram por teste e modificações ao longo de sua implantação.

## Resultados e Discussão

Inicialmente, foi realizado um reconhecimento da estrutura da instituição, através da leitura de documentos institucionais, da clientela, constituída na sua maioria de adolescentes e jovens. A definição do referencial teórico a ser utilizado, através da elaboração dos instrumentos e posteriormente foi realizado o preparo prático para a implementação da SAE.

Na fase prática inicial foram realizadas reuniões com a equipe de enfermagem para discutir as teorias de enfermagem, escolher a teoria que mais se adequa ao serviço, desenhar e discutir os formulários a serem utilizados (HERMIDA & ARAÚJO, 2006).

Definiu-se a teoria das necessidades humanas básicas de Wanda Horta como a prioritária a ser seguida no modelo de SAE a ser implantado.

O primeiro formulário, a ser desenvolvido, atendeu à etapa de investigação e engloba a coleta de dados através da entrevista e o exame físico. Na entrevista, pretende-se indagar sobre os dados pessoais do aluno e necessidades biopsicossociais, como de saneamento básico, antecedentes familiares e pessoais, estilo de vida e queixa atual. Buscou-se, nesse formulário, trazer um roteiro de exame físico por sistema do corpo humano na sequência céfalo caudal adaptado de Porto (2009) à realidade da teoria de base.

Após a formulação, este instrumento foi submetido à validação entre os meses de maio e junho de 2014, com a aplicação deste em consultas de enfermagem, as quais totalizaram 12. Em seguida foi implementado o processo de enfermagem, foi planejado o cuidado com base nos dados encontrados e foram realizados os diagnósticos para cada caso com base na taxonomia de NANDA (2010). Os principais deles foram listados em um formulário para facilitar e organizar a SAE.

Alguns diagnósticos encontrados foram relacionadas a regulação hormonal: atraso no crescimento e desenvolvimento, necessidades psicossociais e emocionais: ansiedade e enfrentamento familiar comprometido, percepção dos órgãos do sentido: dor aguda e náuseas, de regulação térmica: hipertermia, estilo de vida sedentário, de alimentação: nutrição prejudicada para mais ou para menos que as necessidades corporais, de eliminações: diarreia.

Através disso foi planejado o cuidado individualmente e listadas as principais prescrições de enfermagem para cada diagnóstico de enfermagem, estes foram organizadas posteriormente em um formulário semiestruturado para que os instrumentos para SAE sejam viáveis durante a consulta de enfermagem.

No retorno do cliente será realizada a evolução em formulário específico, avaliando com esse registro todas as dimensões biopsicossociais e espirituais, se através das intervenções as necessidades humanas básicas destes estão sendo supridas. Esta é a quinta etapa do processo de enfermagem. Neste momento, caso haja alguma necessidade humana básica afetada, conforme o prognóstico de enfermagem, pode-se traçar novo plano de cuidados, realizando novos diagnóstico e prescrições de enfermagem ou manter o plano de cuidados já planejado.

Foi criado um protocolo para utilização da SAE, orientando como proceder durante a sua aplicação.

## Conclusão

Entende-se que a educação é em um ambiente novo para a enfermagem e este deve ser bem explorado para que ganhe dimensão. O processo de Enfermagem é um método validado e consolidado que pode ser capaz de proporcionar maior qualidade na assistência e autonomia e valorização aos profissionais da enfermagem e, diferenciando-os dos demais da área da saúde. Tal ganho só acontece através do trabalho sistematizado.

Verifica-se que a escolha de teorias e criação de formulários que norteiem o processo de enfermagem é de suma importância para a viabilidade da SAE e sua utilização na prática. Esta é uma importante ferramenta de gestão do cuidado.

## Referências

BARREIRA, I.A. Memória e história para uma nova visão da enfermagem no Brasil. Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, 87-93, jul. 1999.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de

Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4384>>. Acesso em: 09/07/2014.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 dez. 2007.

GARCIA TR, NÓBREGA MML. Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. Esc Anna Nery Rev Enferm. vol.13 nº 1. 188-193, mar. 2009.

HERMIDA, PMV; ARAÚJO, IEM. Sistematização da Assistência de Enfermagem: subsídios para implantação. Rev Bras Enferm, vol. 59 n. 5. 675-9, set-out. 2006.

HORTA, W.A. Processo de enfermagem. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1979.

NANDA, North American Nursing Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011/ NANDA International; tradução Regina Machado Garcez. – Porto Alegre: Artmed, 2010.

PERRY, A.G.; POTTER, P.A. Fundamentos de enfermagem. 7ª Edição. 2009.

PORTO, C.C. Semiologia Médica. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SANTOS, et al. O espaço do processo de Enfermagem na prática profissional: um exercício de reflexão. História da Enfermagem Revista Eletrônica,. Vol. 3 n. 2, 172-189. 2012. Aben Nacional. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/vol3num2artigo6.pdf>>. Acesso em: 09/07/2014.

## Agradecimentos

Agradecemos ao IFCE campus Cedro pelo apoio institucional e aos clientes do serviço de enfermagem, razão maior do desenvolvimento do presente método de trabalho.



# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

O PROGRAMA ANJOS DA ENFERMAGEM E A SEUS REFLEXOS NA HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA.

Autor 1 (apresentador) – Carlon Washington Pinheiro. – Universidade de Fortaleza – carlon.washington@edu.unifor.br

Autor 2 – Antônia Ardeivanda de SousaTeixeira. – Faculdade Nordeste.

Autor 3 – Francisco Antônio da Cruz Mendonça. – Faculdade Nordeste .

Autor 4 – Samuel Fernandes de Oliveira Souza. – Faculdade Nordeste.

Autor 5 – Adriana Simplício de Araújo. Faculdade Nordeste, curso de Enfermagem.

Autor 6 (Orientador) – Karla Maria Carneiro Rolim. – Universidade de Fortaleza.

Palavras-chave: Oncologia. Pediatria. Cuidados de Enfermagem. Anjos da Enfermagem. Humanização.

## Resumo

O objetivo do estudo foi descrever a humanização da assistência à criança portadora de câncer. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado a partir de uma pesquisa integrativa nas bases de dados Scielo, Biblioteca Virtual de Saúde e EBSCO-HOST, a partir dos descritores: “anjos da enfermagem”, “humanização da assistência”, “humanização SUS” e “ludoterapia”. A coleta de dados ocorreu nos meses de abril e maio de 2014. Quatorze artigos e uma monografia foram selecionados e surgiram três temas principais: oncologia pediátrica e humanização da assistência à criança, Programa Anjos da Enfermagem – educação e saúde através do lúdico, o cuidado humanizado de Enfermagem à criança em tratamento oncológico. Conclui-se que é preciso continuar explorando a área de humanização com uma visão voltada para sua efetividade na construção de profissionais voltados para o ser humano de forma integral, com o reforço do protagonismo dos usuários e a melhoria na relação profissional-usuário-família.

## Introdução

O câncer em crianças, até cerca de duas décadas, era considerado uma doença aguda, com pouca possibilidade de cura, resultando, na maioria dos casos, em morte. Atualmente, tem-se apresentado como uma doença com perspectiva de cura, pois cerca de 80% das crianças podem ser curadas, quando diagnosticadas precocemente, e se tratados em centros especializados (FISHER, 2001).

Segundo o INCA (2008), as neoplasias malignas infanto-juvenis quando comparadas aos adultos, são consideradas raras, correspondendo entre 2% a 3% dos casos gerais. Em países desenvolvidos o câncer é a segunda causa de óbito entre crianças de 0 e 14 anos, no Brasil ele também se torna a segunda causa de morte, só que em uma faixa etária entre 1 e 19 anos, contabilizando 8% de todos os óbitos. Em ambos os casos o câncer infantil só perde para morte por causas externas, como acidentes, violências e isso significa que é a primeira causa de morte por doença nesse período de idade (MALAGUTTI et al., 2011).

O contexto histórico desenvolvido a partir da Oitava Conferência Nacional de 1986, com a participação popular no movimento da reforma sanitária brasileira, impactou profundamente nas práticas de saúde vistas no Brasil naquela época. Antigamente a dicotomia existente entre ações curativas de caráter individual e ações preventivas de caráter coletivo fragmentavam a assistência e conseqüentemente a visão holística do cuidado ao ser humano, isso mudou ao ser promulgada a Constituição Federal de 1988 com a aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS) (AGUIAR et al., 2011).

Entre os assuntos mais relevantes atualmente no âmbito do SUS está a humanização da assistência. Com a implantação da Política Nacional de Humanização, Humaniza SUS de 2003, foi possível aumentar os debates e adotar novos olhares sobre as relações entre usuários, gestores e profissionais. Os princípios metodológicos dessa política estão voltados para marcos teóricos que contemplam a transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão, o protagonismo, a corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. O entendimento dessas teorias se dá pela problematização dos papéis exercidos por cada elemento dentro de suas realidades (BARBOSA et al., 2013).

Dentro dessa problemática evidenciamos a criança portadora de câncer como um indivíduo que necessita crescentemente de ações em humanização, pois a terapêutica dolorosa e sua drástica mudança do ambiente domiciliar para o ambiente hospitalar configura uma nova rotina que modifica drasticamente o contato com família, amigos e escola (CRUZ; ROCHA; MARQUES 2013).

O projeto Anjos da Enfermagem: educação e saúde através do lúdico - destaca a missão de proporcionar apoio à criança com câncer e também de construir uma visão ampliada e humanística sobre práticas de humanização no meio hospitalar.

A responsabilidade social desenvolvida em seus membros influencia na sua formação acadêmica, tornando-se assim um processo de aprendizado (VEIRA, 2012). Diante das considerações objetiva-se com o estudo sistematizar as referências da literatura relacionadas com o protagonismo do cuidado humanizado à criança portadora de câncer.

## Metodologia

Estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizada a partir de uma pesquisa integrativa, a qual tem por finalidade reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um determinado tema ou questão (MENDES; SILVEIRA; GALVAO, 2008). A revisão integrativa é um método de revisão mais amplo, pois permite incluir literatura teórica e empírica bem como estudos com diferentes abordagens metodológicas (quantitativa e qualitativa). Os estudos incluídos na revisão são analisados de forma sistemática em relação aos seus objetivos, materiais e métodos, permitindo que o leitor analise o conhecimento pré-existente sobre o tema investigado (POMPEO; ROSSI; GALVAO, 2009).

A coleta de dados ocorreu nos meses de abril e maio de 2014. A técnica utilizada na pesquisa para obtenção dos dados foi por meio de um levantamento bibliográfico junto as bases de dados Scielo, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e EBSCO-HOST, que proporcionaram um amplo acesso a periódicos e artigos científicos, a partir dos descritores: “anjos da enfermagem”, “humanização da assistência”, “humanização SUS” e “ludicoterapia”, publicados em inglês ou português, com recorte atemporal. Foram considerados os artigos que abordam de forma mais clara a temática. Os mesmos foram selecionados por intermédio de seu título e resumo.

Foram encontrados 32 artigos, mas somente os pertinentes à revisão foram avaliados na íntegra. Também foi realizada uma busca manual em livros-texto de referência e outras fontes, visando permitir uma exposição didática do trabalho, procurando abordar pontos ainda não explicitados. Após uma leitura exaustiva dos textos, foi realizada a síntese de cada artigo e agrupado de acordo com os temas previamente elaborados.

Ao final do estudo foram destacados todos os resultados obtidos para se chegar uma determinada conclusão, de forma geral do que foi descrito pelos artigos, procurando por meio desse estudo mostrar a influência de um atendimento humanizado à criança portadora de câncer. Após os dados coletados buscou-se apresentar os resultados da revisão integrativa, essa etapa consiste na elaboração do estudo propriamente dito, onde se deve apresentar as etapas e os resultados principais de cada estudo, de forma a contemplar a questão problema da revisão integrativa. Os dados obtidos foram analisados e discutidos de acordo com a literatura pertinente (POMPEO; ROSSI; GALVAO, 2009).

**Resultados e Discussão** A partir de uma leitura criteriosa, selecionamos 14 artigos e uma monografia com o tema focado no lúdico. Além da temática lúdica, dois artigos vieram com a proposta de problematizar a Política Nacional de Humanização e um artigo trouxe o tema câncer na adolescência. Dez artigos possuíam natureza qualitativa e quatro quantitativa.

O manual da Política Nacional de Humanização foi lido na íntegra, juntamente com todos os artigos já referidos, suas abrangências e aplicabilidades no projeto de extensão Anjos da Enfermagem foram analisadas, além disso, dois livros foram selecionados e os critérios de escolha dos principais capítulos foram a necessidade de embasamento mais aprofundado no âmbito da história do SUS e no lúdico aplicado à oncologia pediátrica.

## Oncologia pediátrica e humanização da assistência à criança

A humanização da assistência voltada para a oncologia pediátrica tem caráter multidisciplinar com a necessidade de uma diversidade de profissionais que contemplem, além da cura, o desenvolvimento afetivo, motor e cognitivo das crianças. A utilização do lúdico traz uma infinidade de estratégias possíveis para atuar no cotidiano dessas crianças, entre elas está a proposta pedagógica trazida pela arteterapia, esta vem sendo aplicada para a prática da educação com ênfase na psicomotricidade, onde as crianças desenvolvem habilidades motrizes necessárias para o desenvolvimento pessoal e interpessoal a partir de atividades como: modelagem, desenho, pintura, maquetes, trabalho com música, teatro de fantoches, entre outros (MALAGUTTI et al., 2011).

A linguagem artística permite que a criança consiga exteriorizar suas emoções, aumente sua autoestima e autoconfiança, além disso, promove um resgate da autonomia a partir do momento em que ela se põe criativamente a construir algo próprio seu, isso melhora sua condição passiva proveniente de intervenções como a quimioterapia e radioterapia em que elas não conhecem e quase não podem interferir (MALAGUTTI et al., 2011). A brinquedoteca se configura como outro componente forte que permite que a criança expresse seus sentimentos, ampliando também a sua visão em relação aos outros, com isso o estímulo ao desenvolvimento, a socialização, criatividade e aprendizagem se tornam fundamentais para a formação da criança (MELO; VALLE, 2010).

É preciso melhorar a interação entre profissional-criança-família, pois muitas vezes o profissional está imerso em uma zona de segurança pautada na impessoalidade, quando espera que o paciente e seus familiares apenas expressem ações colaborativas seguidas de atitudes e comportamentos aceitáveis. Esse modo de ser renega a responsabilidade pessoal, acabando praticando atos e linguagens superficiais que em nada contribuem para a compreensão dos envolvidos (MELO; VALLE, 2010).

A Política Nacional de Humanização propõe parâmetros para sua implementação na atenção hospitalar, entre eles estão: garantia de visitas abertas; mecanismos de desospitalização; garantia de continuidade da assistência; mecanismos de escuta para a população; mecanismos de recepção e acolhimento aos usuários e existência de grupos de trabalho de humanização (BRASIL, 2004).



## **Programa Anjos da Enfermagem – educação e saúde através do lúdico**

Para que a hospitalização da criança não acarrete em um rompimento total com as suas atividades, o Programa Anjos da Enfermagem promove a educação e saúde através do lúdico. Este Programa é mantido e desenvolvido em parceria com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e os Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN) e tem como finalidade de promover a cidadania dos estudantes e profissionais de Enfermagem brasileira.

Baseado nas atividades lúdicas e sua eficácia na melhora da qualidade de vida das crianças portadoras de câncer e no processo de melhora na relação profissional-usuário-família, os Anjos da Enfermagem se inserem em um cenário voltado para a educação e a saúde, utilizando estratégias lúdicas envolvendo a brinquedoterapia, arteterapia, contação de histórias, jogos, musicoterapia e magia (VEIRA, 2012).

O Programa Anjos da Enfermagem - Núcleo Ceará é realizado por dezesseis voluntários, acadêmicos de Enfermagem, de duas Instituições de Ensino Superior, a Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e a Faculdade Nordeste (FANOR) DeVry Brasil – Universidades do Bem - sendo oito efetivos e oito suplentes, pela Coordenadora Estadual e pelos Coordenadores Locais, professores da UNIFOR e FANOR.

O Projeto Anjos da Enfermagem, conta atualmente com 209 voluntários diretos, 1,5 milhão de voluntários indiretos, com atuação em mais de 18 estados com prática em 20 hospitais, contabilizando 125.720 visitas intra-hospitalares, 3.168 visitas extra-hospitalares, 243.712 crianças atendidas, com um total de público em eventos artísticos de mais de 28.784 pessoas. Esses dados evidenciam a importância e o compromisso desse projeto que se tornou o maior de responsabilidade social da Enfermagem brasileira (INSTITUTO ANJOS DA ENFERMAGEM, 2014).

As atividades lúdicas são desenvolvidas por meio da educação em saúde, tais como: mágicas, contação de histórias, musicoterapia, arte com balões, teatro, arte com pintura, desenhos entre outros. As atividades possuem a finalidade de amenizar o medo, a angústia e a ansiedade causados pelo tratamento quimioterápico.

Vale ressaltar que educação em saúde não significa somente para transmissão de informações, deve haver uma troca de experiências de vida, aspectos comportamentais, medidas terapêuticas e interacionais. Para tal, os alunos voluntários participam de uma formação na qual recebem orientações sobre os direitos do paciente, legislação de Enfermagem, noções de prevenção e controle de infecção hospitalar e metodologia científica por meio da qual amplia suas possibilidades de desenvolvimento de pesquisas (COELHO et al., 2010), (SPOSITO et al., 2013), (BRITTO et al., 2009).

## **O cuidado humanizado de Enfermagem à criança em tratamento oncológico**

A hospitalização para o tratamento oncológico de uma criança pode ser considerada uma fatalidade na vida de uma família. Haja vista que a família e a criança enfrentam problemas como longos períodos de hospitalização, reinternações frequentes, terapêutica agressiva com sérios efeitos indesejáveis advindos do próprio tratamento, dificuldades pela separação dos membros da família durante as internações, interrupção das atividades diárias, limitações na compreensão do diagnóstico, desajuste financeiro, angústia, dor, sofrimento e o medo constante da possibilidade de morte (TARR; PICKLER, 1999).

Revelou-se que a qualidade do cuidado à criança com câncer foi avaliada pelos pais através do grau de confiança e simpatia transmitido pela equipe de Enfermagem; da experiência profissional, conhecimento e habilidades em lidar com crianças; do oferecimento de informações sobre a doença e terapêutica, principalmente no início do tratamento e da disponibilidade de equipamentos na unidade para a criança, como gravador e vídeo (MELNYK; FEINSTEIN; SMALL, 2001).

Na área de oncologia pediátrica ainda se vê a resistência pela busca da singularidade das crianças, mas em outra vertente, surge uma busca incessável para o conhecimento de novos tipos de efeitos colaterais, estados de saúde inéditos, novas formas de dor e investimentos em tecnologias pesadas. Isso se dá pela forte fragmentação entre a razão e a emoção, que resulta igualmente no nível hierárquico de prioridades do profissional de Enfermagem que considera a razão, onde está seu conhecimento técnico-científico, superior a emoção, onde está seu afeto e visão humanística (VIEIRA, 2012).

Portanto, quanto ao desenvolvimento de estratégias humanizadoras pela equipe de Enfermagem das instituições de saúde que assistem às crianças portadoras de câncer, foi percebido na literatura que é preciso capacitar e sensibilizar os profissionais e, igualmente dar suporte para que eles tenham condições para humanizar, com modelos de gestão transversais que estimulem a educação permanente. Articulado a tudo isso é preciso que a formação dos cursos da área da saúde entre em contato com as ciências humanas de maneira mais aplicada, para que as metodologias ativas ganhem espaço e possibilitem o desenvolvimento de estudantes problematizadores, capazes de lidar com o imprevisível. Estudos ainda evidenciam que as inserções de ações que promovam o lúdico em crianças internadas são relevantes para a redução nos efeitos dessa hospitalização e quanto a prevenção problemas psicológicos que possam aparecer (CHERNICHARO; FREITAS; FERREIRA, 2013).



## Conclusão

Após a revisão integrativa dos estudos selecionados, percebe-se que o olhar holístico para o ser humano tem se tornado o objetivo de diversos trabalhos científicos e práticas assistenciais, mas ainda continua sendo um desafio para o cotidiano dos profissionais de saúde, onde o saber técnico ainda se sobressai sobre o cuidado humanizado.

Observou-se na literatura que as práticas lúdicas com crianças hospitalizadas para tratamento oncológico, melhoram o quadro clínico da criança internada por meio de sua participação nas brincadeiras e interação com os profissionais voluntários, propiciando, mesmo que momentaneamente, um ambiente alegre e divertido amenizando a dor e a tristeza, o que confirma e enaltece as práticas desenvolvidas pelo Programa Anjos da Enfermagem.

Conclui-se que é preciso continuar explorando a área de humanização com uma visão voltada para sua efetividade na construção de profissionais voltados para o ser humano de forma integral. É preciso fortalecer o protagonismo do usuário no seu processo de saúde-doença, assim como a melhoria na postura da relação profissional-usuário-família para que as ações em saúde contemplem fatores que ultrapassem o conhecimento estático e superficial.

## Referências

AGUIAR, Z.N. et al. Breve história da política de Saúde no Brasil. São Paulo: Martinari, 2011.

BARBOSA, G.C. et al. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. Rev. bras. enferm., Brasília, v.66, n.1, Fev. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000100019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000100019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 8 Maio. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Humaniza SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/aquivos/pdf/doc\\_base.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/aquivos/pdf/doc_base.pdf)> Acesso em: 24 abr. 2014.

BRITO, T.R.P. et al. As práticas lúdicas no cotidiano do cuidar em enfermagem pediátrica. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v.13, n. 4, Dez. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452009000400016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000400016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 22 Ago. 2014.

COELHO, A.C.O. et al. Olho vivo: analisando a acuidade visual das crianças e o emprego do lúdico no cuidado de enfermagem. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, Jun 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452010000200015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000200015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 Aug. 2014.

CRUZ, D.S.M. da; ROCHA, S.M.L.da; MARQUES, D.K.A. O LÚDICO NA HOSPITALIZAÇÃO: PERCEPÇÃO DE MÃES DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS QUANTO AO PROJETO DE EXTENSÃO “ANJOS DA ENFERMAGEM. Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança, Nova Esperança, v. 11, n. 2, p.131-142, set. 2013.

CHERNICHARO, Isis de Moraes; FREITAS, Fernanda Duarte da Silva de; FERREIRA, Márcia de Assunção. Humanização no cuidado de enfermagem: contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 66, n. 4, Ago. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000400015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000400015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 28 mai. 2014.

FISHER, H.R. The needs of parents with chronically sick children: a literature review. Journal Of Advanced Nursing, Estados Unidos, v. 36, n. 4, p.600-6007, nov. 2001.

INSTITUTO ANJOS DA ENFERMAGEM. O maior projeto de responsabilidade social da enfermagem brasileira. 2014. Disponível em: <http://www.anjosdaenfermagem.org.br>. Acesso em: 20 mai 2014.

MALAGUTTI, William et al. Oncologia Pediátrica: uma abordagem multiprofissional. São Paulo: Martinari, 2011.

MELESKI, D.D. Families with chronically ill children: a literature review examines approaches to helping them cope. Am J Nurs, v.102, n. 5, p.47-54, 2002.

MELO, L.L.; VALLE, E.R.M. A Brinquedoteca como possibilidade para desvelar o cotidiano da criança com câncer em tratamento ambulatorial. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 44, n. 2, Jun 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000200039&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200039&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 22 Ago. 2014.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P. GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 17, n. 4, Dez. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 Abr. 2014.

POMPEO, D.A.; ROSSI, L.A.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. Acta paul. enferm., São Paulo, v. 22, n. 4, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002009000400014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000400014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 22 Ago. 2014.

SPOSITO, A.M.P. et al. Estratégias lúdicas de coleta de dados com crianças com câncer: revisão integrativa. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v.34, n. 3, Set. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472013000300024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000300024&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 Ago. 2014.

TARR, J.; PICKLER, R.H. Becoming a cancer patient: a study of families of children with acute lymphocytic leukemia. J Pediatr Oncol Nurs v.16, n.1, p. 44-50, 1999.

VIEIRA, N.H.K. Anjos da enfermagem: a percepção dos acadêmicos voluntários do projeto. 2012. 43 f. Monografia (Especialização) - Curso de Enfermagem, Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, 2012.

## OFICINA SOBRE SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA EM UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: ESPAÇO DE REFLEXÃO E CONHECIMENTO COMPARTILHADO.

Sara Jeyme Pinheiro (apresentador) – Faculdade Vale do Salgado, sara\_jeyme\_pinheiro@hotmail.com

Ítala Alencar Braga Victor – Faculdade Vale do Salgado

Jadna Mony Gregório Freitas (Orientadora) – Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do

Ceará – Campus Cedro

*Palavras-chave: Adolescência. Sexualidade. Promoção da saúde.*

### Resumo

**INTRODUÇÃO:** A adolescência é uma fase marcada por diversas transformações, sendo estas físicas, psíquicas e sociais. Tais transformações, fazem com que os adolescentes vivam intensamente sua sexualidade. A escola deve aproveitar os conhecimentos, habilidades e transformações destes a fim de tornar-se um ambiente propício às atividades educativas em diversas áreas do conhecimento humano, porém ainda há lacunas de informações, pela falta de uma educação sexual efetiva. A escola deve inovar as práticas de ensino-aprendizagem em relação a orientações acerca da sexualidade, desde que essas sejam embasadas em um constante processo de reflexão para que haja discussão com adolescentes sobre temas relacionados a sexualidade, atuando assim atuar com ações de promoção da saúde. **OBJETIVO:** Descrever a experiência do uso de oficinas na promoção da saúde para adolescentes no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará – campus Cedro. **METODOLOGIA:** Este estudo trata-se de um relato de experiência, onde realizamos uma oficina sobre sexualidade, contamos com a participação de 10 pessoas, na oportunidade lançamos mão de dinâmicas para analisarmos o conhecimento que estes tinham em relação ao tema, logo após houve uma exposição dialogada. **RESULTADOS E DISCURSÕES:** A realização dessa oficina nos mostrou que os adolescentes tem conhecimento das transformações corporais que acontecem nesta fase e que essas transformações geraram angústia, vergonha e anseios. **CONCLUSÃO:** Ao desenvolver este evento tivemos a oportunidade de conhecer as principais angústias, dúvidas e medos dos adolescentes sobre a temática abordada, contribuindo assim para o planejamento dos próximos encontros, o que refletirá na participação dos alunos na prevenção e promoção da saúde.

### Introdução

A adolescência trata-se de uma etapa de crescimento e desenvolvimento do ser humano, marcada por diversas transformações físicas, psíquicas e sociais, sendo compreendida também pelo período de desenvolvimento situado entre a infância e a idade adulta, esta está sujeita a influências sociais e culturais. (BRETAS, 2005).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência é compreendida entre os 10 e 19 anos. Esta mesma faixa etária é adotada também no Brasil pelo Ministério da saúde, já o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) delimita cronologicamente a faixa dos 12 aos 18 anos (BRASIL, 2009).

Conforme (BRASIL, 2009), a puberdade engloba uma variedade de modificações biológicas que transformam o corpo infantil em adulto, ela ocorre de maneira semelhante em todas as pessoas, é um dos elementos da adolescência. A puberdade é constituída por: crescimento físico: aceleração, desaceleração, até a parada do crescimento (segundo estirão); maturação sexual; desenvolvimento dos órgãos reprodutores e aparecimento dos caracteres sexuais secundários; mudanças na composição corporal; desenvolvimento dos aparelhos respiratório, cardiovascular e outros.

Tais transformações biopsicossociais, próprias dessa etapa da vida, fazem com que os adolescentes vivam intensamente sua sexualidade. Muitas vezes influenciando suas práticas sexuais, manifestadas por vezes em relações sexuais desprotegidas. A evolução de seus comportamentos e pensamentos vai depender do grupo no qual está inserido, ou seja, das interações com outros jovens, do vínculo familiar e social. (CAMARGO, 2009) Isso pode gerar um problema, agravado pela falta de informação e pelos tabus que impedem o diálogo entre adolescentes, sociedade, família e escola.

A sexualidade é caracterizada por um conjunto de fenômenos da vida sexual, sendo enfatizado a busca pelo prazer (Aurélio, 2004).

O Programa Saúde na Escola (PSE) é resultante da interação do trabalho entre o Ministério da saúde e o Ministério da educação, foi instituído pelo Decreto presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, com a intenção de ampliar as ações específicas de alunos da rede pública, abrangendo o Ensino Fundamental e Médio, Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica, Educação de Jovens e Adultos (BRASIL, 2009).

Na perspectiva da construção da cidadania, a escola é um espaço privilegiado para a promoção da saúde, por envolver diversos atores como adolescentes, estudantes, educadores, família, lideranças comunitárias e profissionais da saúde



(FONSECA, 2010).

A escola desempenha um papel fundamental na formação das pessoas através do processo ensino-aprendizagem, podendo assim atuar com ações de promoção da saúde (BRASIL, 2009). A escola, portanto, é marcada por ser um dos principais ambientes sociais dos adolescentes. Sendo assim, esta deve estar preparada para acolher e dar um suporte ao desenvolvimento próprio da adolescência.

Dessa forma, a escola deve aproveitar os conhecimentos, habilidades e transformações destes a fim de tornar-se um ambiente propício às atividades educativas em diversas áreas do conhecimento humano, porém ainda há lacunas de informação, pela falta de educação sexual (CAMARGO, 2009).

As ações educativas voltadas ao adolescente para se tornarem efetivas, devem contemplar a educação sexual e reprodutivas destacando dúvidas e medos acerca da temática, tendo suas estratégias baseadas no contexto cultural do público-alvo (BESERRA, 2008).

Entendemos que para construção de um currículo adequado, devemos atentar para a identificação da necessidade real dos alunos e educadores, de acordo com a sociedade a qual estão inseridos, o que favorece o desenvolvimento peculiar de diversas capacidades, sejam elas técnicas ou sociais, que norteiam sua localização dentro da sociedade, formando pessoas autônomas, críticas, democrática e solidárias. Para isso deve-se inovar as práticas de ensino-aprendizagem em relação a orientações sobre sexualidade, desde que essas sejam embasadas em um constante processo de reflexão, através de oficinas, abertura de espaços diferenciado (workshops) para a reflexão e discussão com adolescentes sobre temas relacionados a sexualidade (TONNATO, 2002).

A sexualidade é um processo de construção de identidade e deve ser vista como algo intrínseco e natural ao ser humano. Devemos, portanto desmistificar e tratar o assunto dentro dos diversos espaços sociais, como: família, escolas e instituições religiosas, baseados em conhecimentos científicos, claros e objetivos, buscando dar o suporte necessário para que as crianças e adolescentes consigam enfrentar todas as mudanças e dilemas característicos de cada etapa da vida.

Baseados nisso, o serviço de enfermagem em conjunto com estagiárias de enfermagem do Programa de Estágio Remunerado 2014 do Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Ceará – campus Cedro elaboraram uma oficina com a temática: “Adolescência: sexualidade e corpo”. O presente trabalho objetiva, portanto, descrever a experiência do uso de oficinas na promoção da saúde, no âmbito da educação sexual, para adolescentes na referida instituição de ensino.

## Metodologia

O presente trabalho constitui-se de um estudo de campo, de caráter exploratório, de abordagem qualitativa. Trata-se, portanto de um relato de experiência vivenciado no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará – *Campus Cedro*, pelo serviço de enfermagem do *Campus* no dia 24 de julho de 2014 com duração de uma hora.

Segundo Marconi & Lakatos (2010), a pesquisa de campo é aquela utilizada com o objetivo de conseguir informações e /ou conhecimentos acerca de um problema para o qual se procura uma resposta, ou de uma hipótese que se queira comprovar, ou, ainda, descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles. Ainda conforme os mesmos autores, a pesquisa aplicada procura gerar conhecimento para a aplicação prática dirigida a solução de problemas específicos.

De acordo com Cavalcante & Lima (2012), o relato de experiência é um instrumento da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações que abordam uma situação vivenciada no âmbito profissional de interesse da comunidade científica.

O relato de experiência trata-se de uma oficina, a qual teve como tema “Adolescência: sexualidade e corpo”. Esta foi divulgada em uma página do serviço de enfermagem do campus em uma rede social e em cartazes colocados no interior do *campus*, onde a participação esteve aberta a todo público deste.

A Instituição onde foi realizada a oficina conta hoje com um total de 727 alunos matriculados, nos cursos de Mecatrônica Industrial; Licenciatura em Matemática; Integrado em Eletrotécnica, Informática, Mecânica e EJA. Na ocasião contamos com a presença de 10 alunos matriculados no curso de Integrado em Informática, de faixa etária entre 18 e 21 anos, sendo 6 mulheres e 4 homens, no período da tarde.

Iniciamos com uma dinâmica com duração de cinco minutos, a qual teve como proposta a verificação das principais dúvidas dos adolescentes em relação à sexualidade. Para isso foi feito anteriormente um semáforo com três caixinhas de papelão com recortes em círculos no centro de cada uma, embrulhadas nas cores vermelha, amarela e verde e coladas verticalmente. Pediu-se que os jovens escrevessem três palavras que estivessem relacionadas com o tema e logo após passamos o semáforo para que os mesmos colocassem as palavras de acordo com o grau de dificuldade em falar sobre o assunto, onde o vermelho significava grande dificuldade, o amarelo: média dificuldade e o verde: pouca dificuldade.

Na segunda dinâmica foi abordado a temática “Eu era assim, fiquei assim”, para tanto, o grupo foi dividido em dois subgrupos e foi entregue cartolina e pincéis a cada grupo. Solicitou-se que, em 10 minutos, os subgrupos conversassem e construíssem dois desenhos, sendo um de uma pessoa na infância e o outro na fase adulta, dando ênfase às transformações que aconteceram na adolescência. Um grupo ficou com o sexo

masculino e o outro com o sexo feminino.

Logo em seguida, foram entregues aos subgrupos duas situações hipotéticas acerca da temática e desafiou-se que conversassem e refletissem sobre a situação recebida, mostrando seu ponto de vista ao grupo maior em 10 minutos.

O próximo passo foi o uso da dinâmica “Linha da vida”, desta vez individual, onde foi requisitado que durante 10 minutos eles fizessem uma retrospectiva de quando criança e escrevessem no papel as mudanças, medos e anseios das duas fases.

O trabalho teve continuidade com uma exposição dialogada com duração de 20 minutos, a qual seguiu a mesma temática, utilizamos como materiais: computador, apresentação em *power point* e *data show*.

Logo, houve uma breve discussão do desenho que foi feito do corpo humano e divulgado o resultado do semáforo. Para finalizar, foi entregue uma avaliação ao público presente, onde analisamos o interesse dos alunos sobre o tema abordado e a contribuição para o aprimoramento de seus conhecimentos.

## Resultados e Discussão

A realização dessa oficina possibilitou-nos identificar as principais dúvidas do público em questão, norteadas assim para os assuntos a serem abordados nos próximos encontros no que diz respeito a promoção da saúde no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará – *Campus Cedro*.

A primeira dinâmica nos mostra que o grupo tem mais dificuldade em conversar sobre doenças sexualmente transmissíveis, com enfoque na AIDS e gravidez; com dificuldade média ficou paternidade e maternidade precoce e ejaculação; já o corpo humano e preservativo o grupo opinou que tem pouca dificuldade em falar sobre o assunto.

Corroborando com estes resultados Amorim & Maia (2012), em pesquisa com 20 adolescentes de uma escola pública no interior paulista, diz que dos participantes que tinham dúvidas sobre sexualidade, grande parte gostaria de saber mais sobre gravidez e sua prevenção, outras dúvidas foram sobre doenças sexualmente transmissíveis e resposta sexual.

Na dinâmica “Eu era assim, fiquei assim”, detectamos que os dois subgrupos tinham conhecimento das mudanças corporais que acontecem na fase da adolescência, tendo em vista que os desenhos correspondiam às mudanças ocorridas.

Ao analisarmos a dinâmica “Linha da vida”, concluímos que as transformações corporais, vergonha em falar sobre a sexualidade e a angústia e anseios das experiências vividas como: o primeiro beijo, a primeira compra de camisinha, marcaram essa nova fase de suas vidas. Bem exemplificado na opinião de um integrante do grupo: “A descoberta de pêlos em regiões estratégicas começaram a trazer momentos de constrangimentos, tais como situações vergonhosas; Angústia: primeira compra de camisinhas em farmácia; anseio pelo primeiro primeiro namoro: momentos que marcam a infância”.

As situações hipotéticas deram origem a várias opiniões sobre o que fazer diante da situação exposta, gerando discussões entre o grupo devido à diversidade do modo que cada qual via a situação.

A exposição dialogada foi bastante proveitosa, a troca de conhecimento foi o que mais marcou, o grupo teve uma ótima interação. A curiosidade, os medos e os anseios deram destaque ao encontro, onde os sujeitos tiveram uma participação exemplar a qual nos possibilitou trocar ideias e nos familiarizarmos com o grupo.

A avaliação nos mostrou que o assunto abordado foi de extremo interesse do grupo e que a palestra deu grande contribuição para a compreensão do assunto em questão.

## Conclusão

**Buscou-se, na oficina, conhecer as percepções dos adolescentes sobre o assunto e seus conhecimentos prévios, contribuindo assim para o crescimento dos saberes que estruturam o ensino da educação em saúde voltado a esses sujeitos.**

**Diante do exposto foi visto que o público tem várias dúvidas, medos e angústias relacionados à sexualidade. A troca de informações e a interação com o grupo foi de grande relevância para construção do conhecimento.**

**A partir desta experiência, detectamos os assuntos que o grupo presente tem uma maior dificuldade em falar, para assim podermos planejar a temática dos próximos encontros, no intuito de contribuir com o processo de adesão às práticas de comportamento preventivo, favorecendo o sujeito a ter uma visão ampla, podendo então atuar na promoção da sua saúde.**

**Constatou-se com este estudo que são necessárias ações de educação em saúde, que propiciem aos jovens um espaço para expor dúvidas, conhecer os meios de prevenção e promoção da saúde, capacitando-o a repensar condutas e favorecendo uma melhor qualidade de vida.**

**Já que o diálogo sobre a sexualidade é dificultada pelos tabus, historicamente envolvidos, destaca-se a oficina em dinâmica de grupo como uma metodologia de trabalho eficaz para a promoção da saúde e educação sexual para os adolescentes. Esse tipo de atividade pode abrir um espaço coletivo de construção de conhecimento e de participação de todos através da mediação dos profissionais.**

## Referências

AMORIM, Rita Mayara; MAIA, Ana Cláudia Bortolozzi. Sexualidade na Adolescência: dúvidas de alunos de uma escola pública. Rev. Ibero-Americana de Estudos em Educação. Araraquara-SP, v. 7, n. 4, dezembro de 2012.

BESERRA, Eveline Pinheiro; PINHEIRO, Patrícia Neyva da Costa; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. Ação educativa do enfermeiro na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis: uma investigação a partir das adolescentes. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, Sept. 2008.

BRETAS, José Roberto da Silva et al. Conhecimento sobre DST/AIDS por estudantes adolescentes. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 43, n. 3, Sept. 2009.

CAMARGO, Elisana Ágatha Iakmiu; FERRARI, Rosângela Aparecida Pimenta. Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, June 2009.

CAVALCANTE, B. L. L.; LIMA, U. T. S. Relato de experiência de uma estudante de Enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas. Journal of Nursing Healt. Pelotas (RS), 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, nº 24. Brasília, DF 2009.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa. 3ª ed. Curitiba: Positivo, 2004.

FONSECA, Adriana Dora da; GOMES, Vera Lúcia de Oliveira; TEIXEIRA, Karina Correa. Percepção de adolescentes sobre uma ação educativa em orientação sexual realizada por acadêmicos(as) de enfermagem. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, June 2010.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisa, amostragem e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

TONATTO, Suzinara; SAPIRO, Clary Milnitsky. Os novos parâmetros curriculares das escolas brasileiras e educação sexual: uma proposta de intervenção em ciências. Psicol. Soc., Belo Horizonte, v. 14, n. 2, dez. 2002.

## Agradecimentos

Agradecemos ao IFCE – Campus Cedro, pelo apoio institucional e aos clientes do serviço de enfermagem, razão maior do desenvolvimento desse trabalho.



## PREVENÇÃO DA SAÚDE DO HOMEM

Nalma Alexandra Rocha de Carvalho – Universidade Federal do Piauí (enf.nalma.carvalho@hotmail.com)

Raylane da Silva Machado – Universidade Federal do Piauí-UFPI

Vanessa Caminha Aguiar Lopes – Universidade Federal do Piauí-UFPI

Karen Aline Almeida Rocha – Universidade Federal do Piauí-UFPI

Jéssica Pereira Costa – Universidade Federal do Piauí-UFPI

Elaine Cristina Carvalho Moura – Universidade Federal do Piauí-UFPI

*Palavras-chave: Saúde do Homem. Educação em Saúde. Promoção da Saúde. Filmes e Vídeos Educativos.*

### Resumo

Essa pesquisa objetiva descrever acerca das ações de promoção/prevenção à saúde do homem na área de atuação em saúde pública, além de temas para confecção de vídeos educativos a serem utilizados em ações de Promoção/Prevenção da saúde, tudo isso com base na opinião do enfermeiro. Esse trabalho foi desenvolvido a parti de uma pesquisa de campo realizada com 14 enfermeiras da atenção básica do município de Teresina, Piauí, que estavam participando de uma semana de capacitação. A busca ocorreu no período de uma semana do mês de março do ano de 2014. Quando investigada a adesão às ações de promoção e prevenção à saúde do homem de 25 a 59 anos que ocorrem em saúde pública, todas as 14 enfermeiras apontaram que essa é mínima (utilizaram termos como difícil, insatisfatória, muito ruim e não muito boa que sugerem o mesmo). E três (21,4%) afirmaram que o homem só procura sua unidade de saúde quando enfermo. As temáticas mais descritas foram: DST/AIDS, Hipertensão Arterial, Diabetes, entre outras temáticas. Conclui-se que os enfermeiros estão abertos para implementar no seu ambiente de trabalho estratégias de prevenção/promoção a saúde do homem. Além disso percebeu-se que os vídeos educativos mostraram-se como uma metodologia de boa aceitação por parte da enfermagem.

### Introdução

No Brasil, apenas em 2009, o Ministério da Saúde propôs qualificar a atenção à saúde da população masculina, reconhecendo que requer mecanismos de fortalecimento e qualificação, pois estudos comprovavam que existia maior vulnerabilidade dos homens às doenças (BRASIL, 2008).

Nesse intuito foi estabelecida a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PSH) que tem por diretriz central a integralidade da atenção à saúde da população masculina, em dupla perspectiva: (1) a integralidade do homem no sentido de atendimento às necessidades de saúde, articulando-se os níveis primário, secundário e terciário da atenção, garantindo a continuidade das ações pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e (2) o entendimento de que muitos dos problemas que afetam a saúde do homem devem ser considerados em sua abrangência social e cultural, e não meramente biológica (BRASIL, 2009)

Essa portaria aponta seis diretrizes fundamentais: (1) Integralidade, (2) Organização dos serviços, (3) Hierarquização da política, (4) Priorização da atenção básica, (5) Reorganização das ações de saúde e (6) Integração entre a PSH. E apresenta como objetivo primordial: Promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde (BRASIL, 2009).

Porém o grande desafio continua sendo trazer os homens aos serviços de saúde, de modo que os indicadores de promoção da saúde masculina possam ser melhorados. As poucas tentativas para sensibilizá-los através de campanhas parecem não haver alcançado os efeitos desejados. Talvez compreender como os homens constroem sua masculinidade ajude a criar mecanismos para o acolhimento desse grupo populacional e para que se alcance a tão desejada integralidade da atenção à saúde (COUTO et al, 2010); (FIGUEIREDO, 2005).

Considerando que a prevalência da procura dos serviços de saúde por parte da população feminina é superior à masculina, como mostra Tomasi et al (2011), ao relatar que no Nordeste a maior proporção dos atendimentos em ESF foi para mulheres entre 15 e 49 anos (41,2%), enquanto a menor proporção dos mesmos foi para homens (7,7%) na mesma faixa etária, pode-se observar que os homens não priorizam a procura pelos serviços de saúde em seu estilo de vida (TOMASI et al, 2012).

Neste sentido esse trabalho objetiva descrever acerca das ações de promoção e prevenção à saúde do homem na área de atuação em saúde pública, além de temas para confecção de vídeos educativos a serem utilizados em ações de Promoção/Prevenção da saúde, tudo isso com base na opinião do enfermeiro.

### Metodologia

Esse trabalho foi desenvolvido a parti de uma pesquisa de campo tipo levantamento e/ou enquête realizada com 14 enfermeiras da atenção básica do município de Teresina, Piauí, que estavam participando de uma semana de capacitação. A busca ocorreu no período de uma semana do mês de março do ano de 2014.

Essa pesquisa se inseriu nas atividades do programa de extensão financiado pelo Ministério da Educação, intitulado “Práticas de Enfermagem na promoção da saúde da criança, do homem e do idoso: arte, simulação e tecnologia - Segunda Etapa”. Participaram da pesquisa 5 colaboradores, entre eles, graduandos em Enfermagem e graduandos em Medicina pela Universidade Federal do Piauí, objetivando conhecer a parti da visão do profissional da enfermagem as necessidades da população masculina.

Assim, a abordagem ocorreu individualmente, onde cada uma das enfermeiras respondeu as 5 cinco questões abertas, dispostas no questionário. As perguntas eram: 1. Como você classifica a adesão a ações de promoção e prevenção da saúde do homem de 25 a 59 anos na sua área de atuação em saúde pública? 2. Na sua área de atuação em saúde pública quais ações de promoção da saúde são oferecidas a homens de 25 a 59 anos? 3. Na sua área de atuação em saúde pública quais ações de prevenção da saúde são oferecidas a homens de 25 a 59 anos? 4. Para implementar as ações de promoção e/ou de prevenção da saúde do homem de 25 a 59 anos na sua área de atuação fosse disponibilizados vídeos educativos. Que temas você sugere que devem ser prioritariamente desenvolvidos nesses vídeos? 5. E temas voltados para vídeos técnicos, ou seja, voltados para o publico de profissionais de saúde sobre saúde do homem, tendo em vista a sua experiência profissional quais temas você sugere?

Essas respostas foram consolidadas e discutidas em grupo, desenvolvendo assim conhecimento para fundamentar e direcionar a construção de vídeos educativos com vistas à promoção da saúde dos homens.

## Resultados e Discussão

Nas construções dos modelos de gênero, costuma-se representar o masculino em oposição ao universo feminino. Reflexos dessa oposição têm sido observados em relação aos cuidados em saúde. Nesse sentido, observa-se que homens costumam ter mais dificuldades na busca por assistência em saúde quando veem as necessidades de cuidado como uma tarefa feminina (MACHIN et al, 2011).

Quando investigada a adesão às ações de promoção e prevenção à saúde do homem de 25 a 59 anos que ocorrem em saúde pública, todas as 14 enfermeiras apontaram que essa é mínima (utilizaram termos como difícil, insatisfatória, muito ruim e não muito boa que sugerem o mesmo). E três (21,4%) afirmaram que o homem só procura sua unidade de saúde quando enfermo.

A tabela 01 apresenta quais as ações de promoção à saúde do homem são oferecidas à população entre 25 e 59 anos na área de atuação em saúde pública. Cabe ressaltar que as enfermeiras confundiram ações de promoção com ações de prevenção o que dificultou um pouco a categorização das respostas.

Tabela 01: Ações de Promoção da Saúde oferecidas a homens de 25 a 59 anos. Teresina-PI, 2014.

	N	%
Ações educativas (palestras/ encontros grupais e individuais) sobre		
Saúde Sexual e Reprodutiva	04	28,6
DST's/ AIDS	03	21,4
Alimentação Saudável	02	14,3
Hipertensão	03	21,4
Diabetes	03	21,4
Produção de folders educativos	01	7,1
Ação global semestral	01	7,1
Não possui ações	01	7,1
Busca ativa dos homens nessa faixa etária	02	14,3

\*A somatória ultrapassa os 100% porque cada enfermeira citou mais de uma ação que desenvolveu.

A ação de promoção de saúde mais citada pelos enfermeiros foi a relacionada a Ações educativas (palestras/ encontros grupais e individuais sobre Saúde Sexual e Reprodutiva (28,6%), seguido por DST's/AIDS (21,4%), Hipertensão 21,4 e Diabetes (21,4%).

O fato de os homens serem mais vulneráveis às doenças, entre elas as cardiovasculares, é com- provado por vários estudos comparativos entre homens e mulheres, nos quais, a despeito da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam serviços de atenção primária como fazem as mulheres. No entanto, se houvesse tal

procura, muitos agravos poderiam ser evitados (MARINHO, 2010).

A tabela 2 traz as ações de prevenção desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família para homens entre 25 e 59 anos.

Tabela 02: Ações de Prevenção da Saúde oferecidas a homens de 25 a 59 anos. Teresina-PI, 2014.

	N	%
Consultas médicas	04	28,6
Consultas de enfermagem	08	57,1
Vacinação	06	42,8
Realização/ Solicitação de exames	09	64,3

\*A somatória ultrapassa os 100% porque cada enfermeira citou mais de uma ação que desenvolveu.

Dentre as ações de prevenção na Estratégia Saúde da Família 57,1% referiram que a mais realizadas foi a Consulta de enfermagem. A enfermagem vem ampliando, a cada dia, o seu espaço na área da saúde, tanto no contexto nacional quanto no cenário internacional. O enfermeiro assume um papel cada vez mais decisivo e pró-ativo no que se refere à identificação das necessidades de cuidado da população, bem como na promoção e proteção da saúde dos indivíduos em suas diferentes dimensões. O cuidado de enfermagem é, portanto, um componente fundamental no sistema de saúde local, que apresenta os seus reflexos a nível regional e nacional e, por isso, também motivo de crescentes debates e novas significações (BACKES et al, 2012).

A tabela 03 aponta os temas sugeridos para confecção de vídeos educativos e a 04 para confecção de vídeos técnicos a serem utilizados na implementação de ações de promoção/prevenção à saúde do homem de 25 a 59 anos.

Tabela 03: Temas para confecção de vídeos educativos a serem utilizados em ações de Promoção/Prevenção da Saúde do Homem de 25 a 59 anos. Teresina-PI, 2014.

	N	%
DST's/AIDS	11	78,6
Drogas	04	28,6
Hábitos de vida saudável	04	28,6
Prevenção de doenças prevalentes no homem	04	28,6
Saúde Sexual e reprodutiva	04	28,6
Câncer	03	21,4
Saúde Mental: Alcoolismo e Tabagismo	03	21,4
Prevenção de Acidentes	02	14,3
O papel de pai	02	14,3
Hipertensão	02	14,3
Diabetes	02	14,3
Violência	01	7,1
Obesidade	01	7,1
Prevenção de violência doméstica	01	7,1

\*A somatória ultrapassa os 100% porque cada enfermeira citou mais de um tema.

O tema mais indicado para a elaboração tanto de vídeos educativos quando vídeos técnicos foi DST's/AIDS. Tema este bem atual e que assola grande parte da população, em especial a masculina devido a dificuldade no rastreamento, prevenção e tratamento.

Tabela 04: Temas para confecção de vídeos técnicos a serem utilizados pelos profissionais de saúde para elaboração de



ações de Promoção/Prevenção da Saúde do Homem de 25 a 59 anos. Teresina-PI, 2014.

	N	%
DST's/AIDS	06	42,8
Manual técnico de saúde do homem	05	35,7
Métodos de abordagem da população masculina	05	35,7
Doenças prevalentes no homem	04	28,6
Saúde Sexual e reprodutiva	03	21,4
Câncer	02	14,3
Drogas	01	7,1
Violência	01	7,1
Qualidade de Vida	01	7,1

\*A somatória ultrapassa os 100% porque cada enfermeira citou mais de um tema.

Do ponto de vista da organização dos serviços de saúde, há preocupação dos profissionais em como abordar a saúde do homem no cotidiano, especialmente na Estratégia Saúde da Família, que trabalha com área selecionada, população definida e ações programadas. A principal pergunta é: qual o modo de sensibilizar os homens para que cuidem de si e busquem uma unidade de saúde da APS para prevenção de agravos e promoção à saúde? Para responder a essa pergunta, os profissionais de saúde devem focalizar a saúde em uma perspectiva mais ampla e não apenas considerando que o corpo masculino é o doente a tratar e medicalizar (FIGUEIREDO, 2005).

O novo foco deve procurar compreender o corpo masculino em um contexto social, não desvinculado do sujeito. Dessa forma seriam levadas em consideração algumas práticas que fazem parte do ethos de parcela significativa da população masculina (COUTO, 2010).

## Conclusão

Conclui-se que os enfermeiros estão abertos para implementar no seu ambiente de trabalho estratégias de prevenção e promoção a saúde do homem, confirmou-se por meio do relato dos enfermeiros que os homens têm resistência a procurar os serviços de saúde, dificultando a implementação dessas estratégias. Através da busca pode-se conhecer os temas que serão abordados nos vídeos educativos na visão do enfermeiro, este que tem uma lida diária da comunidade e conseqüentemente uma experiência mais aprimorada. Os vídeos educativos mostraram-se como uma metodologia de boa aceitação por parte da enfermagem tem

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (princípios e diretrizes). Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde do homem. Diagnóstico completo da saúde do homem. Brasília, 2008.

COUTO, M. T. et al. O homem na atenção primária à Saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. Interface-comunic., Saúde, Educ. v.14, n.33, p:257-70, 2010.

FIGUEIREDO, W. Assistência à Saúde dos Homens: um desafio para os serviços da Atenção Primária. Ciênc. Saúde coletiva; v.10, n.1, p: 105-109, 2005.

MARINHO, Antônio. Medidas simples para ter um coração saudável. O Globo, Blog Leituras Favre. 13 ago. 2010. Disponível em: <<http://blogdofavre.ig.com.br/tag/cardiologia/>> Acesso em: 13 agosto de 2014.

**MACHIN, R. et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuida- dos em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. Cien Saude Colet. v.16, n.11, p: 4503-4512, 2011.**

**TOMASI, E. et al. Características da utilização de serviços de atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção.Ciênc. saúde coletiva [online]. v.16, n.11, p. 4395-4404, 2011.**

## **Agradecimentos**

À Secretária de Educação Superior do Ministério da Educação – MEC/SESu/DIFES, financiadora do Programa de Extensão que desenvolveu o trabalho.

## O CONHECIMENTO DOS CLIENTES COM HANSENÍASE ACERCA DA PATOLOGIA EM UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA EM JUAZEIRO DO NORTE – CEARÁ

Samara Silva Ribeiro- 21ª Coordenadoria Regional de Saúde do Ceará- samararibeiro1900@hotmail.com

Angélica de Fátima Borges Fernandes

Uilna Natércia Soares Feitosa

Maria Jeane de Alencar Tavares

Andréa Couto Feitosa

*Débora Maria Alencar Mendes*

*Palavras-chave: : Hanseníase; Conhecimento; Patologia*

### Resumo

Todos os clientes precisam conhecer a sua doença e saber como tratá-la corretamente. A informação é um direito fundamental no processo de prevenção de incapacidades e deformações. Este estudo objetivou analisar a visão do cliente com hanseníase sobre a patologia em uma unidade de referência em Juazeiro do Norte – CE. O estudo foi do tipo descritivo com abordagem quantitativa. O mesmo foi realizado no Centro de Dermatologia Sanitária e Doenças Infecciosas. A pesquisa foi desenvolvida nos meses de setembro e outubro do ano de 2010. A população do estudo foi de 175 pessoas. A amostra calculada foi de 120 pessoas de ambos os sexos, na faixa etária de 18 a 50 anos, cadastrada nesta unidade. Destas, apenas 92 pessoas aceitaram participar do estudo. Este trouxe as características dos clientes com hanseníase atendidos por esta Unidade. Estes são adultos jovens entre 35 e 50 anos, do sexo masculino, cor branca, com baixo nível socioeconômico e educacional. dos clientes entrevistados tem a forma multibacilar da doença, sendo as mais frequentes, a dimorfa, seguida da virchowiana. Dos 92 clientes abordados, queixaram-se de algumas dificuldades enfrentadas devido à presença da hanseníase. Estas são: dificuldades financeiras, preconceitos sofridos pela sociedade devido à doença, limitações físicas e por último, interação social prejudicada. O presente estudo espera contribuir para, ofertar dados para construção de uma assistência de saúde subjetiva, a qual possa focar o cliente holisticamente, tratando não somente a patologia como também o ser humano presente, carente de atenção e conhecimento.

### Introdução

Embora a doença tenha origem milenar, a descoberta de um tratamento eficaz contra o bacilo da hanseníase é ainda recente, descrita no final do século passado (MARCIEL, 2005). Provavelmente seja esse um dos fatores que favoreça para elevada prevalência dessa patologia nos dias de hoje. Tendo como ênfase na promoção da saúde na trajetória eficaz no enfoque a doença. Os portadores de hanseníase sofreram com a falta de conhecimento do tratamento eficaz e trazendo consigo não só a dor de portar uma patologia incurável, bem como de enfrentar o preconceito e o estigma social que estava impregnado a ela. Na idade média, a igreja católica taxava de impuros as pessoas com a doença, visto que a patologia era tida como punição divina, como castigo pelos pecados cometidos. Até o início do século XX, os hansenianos eram submetidos a tratamentos através de isolamento em colônias chamadas de leprosários (BRASIL, 2008). No Brasil, hoje a hanseníase é tida como um grave problema de saúde pública, além de comportar o agravante comum a qualquer doença de origem socioeconômica, faz-se ênfase a repercussão psicológica gerada pelas incapacidades físicas advindas do processo de adoecimento (BRASIL, 2006). O acometimento do bacilo nos nervos periféricos e sua progressão geram nos organismos repostas decorrentes de sua ação, como lesão que se inicia com perda de sensibilidade cutânea, ressecamento da pele, queda de pelos e diminuição da força muscular até paralisia (BRASIL, 2006). Essas sequelas produzem grau de comprometimento variáveis da capacidade funcional do indivíduo de ser dependentes em suas atividades laborais. A problemática de se fazer esse estudo objetiva analisar a visão do cliente com hanseníase acerca da patologia de ambos os sexos, entre 18 e 50 anos, acompanhados em uma unidade de referência em Juazeiro do Norte – CE. Com interesse em ampliar os conhecimentos na área de enfermagem é que se procura pesquisar com mais profundidade sobre o tema preliminarmente apresentado. Todos os clientes precisam conhecer a sua doença e saber como tratá-la corretamente.. Portador com história de reação e neurites, com grau de incapacidade 0, 1 e 2 no diagnóstico apresenta maior risco de desenvolver sequelas (BRASIL, 2006). Esse grupo necessita aprender a realizar práticas diárias de autocuidado individualmente ou coletivo de ajuda mútua como sua parcela de comprometimento no processo de prevenção. Visando proporcionar uma promoção a saúde na melhor adesão ao tratamento aos clientes portadores dessa patologia é que o trabalho contribuirá para a orientação e cura do portador da doença.

### Metodologia

O presente estudo teve como embasamento metodológico uma pesquisa de caráter descritiva com abordagem quantitativa. Segundo Santos (2005, p. 67), a “pesquisa descritiva é feita em forma de levantamentos e observação sistemática das variáveis”. Nesta pesquisa, a abordagem quantitativa apresenta-se como forma de facilitar a concepção dos objetivos apresentados que por sua natureza precisa de quantificação dos dados coletados. De acordo com Leopardi (2005, p. 135), a “abordagem quantitativa é utilizada em situação em que há necessidade de contar os números de vezes que a variável aparece, e quando a questão proposta indica preocupação com a quantidade, objetivando a credibilidade dos achados entre outros”. O estudo foi realizado em uma unidade de referência em Juazeiro do Norte-CE. A cidade apresenta uma estimativa populacional cerca de 250 mil habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia Estatística - IBGE (2009). Pertencente a região metropolitana do Cariri, o município está localizada no extremo Sul do Estado do Ceará, distante cerca de 560 km de Fortaleza, pela BR 116. É a maior cidade do interior cearense, mas a área do município é de apenas 249 km (IBGE, 2010). Para o estudo dos objetivos propostos, o local de atuação foi o Centro de Dermatologia Sanitária e Doenças Infecciosas, localizado na Rua Tabelião João Machado, Nº 195, Bairro Santa Tereza, na cidade Juazeiro do Norte-CE. Este serviço é especializado no atendimento em portadores de hanseníase e tuberculose. O espaço é um Centro de Referência Regional atendendo também os municípios circunvizinhos sendo, portanto, anexado a Secretária de Saúde. A pesquisa foi desenvolvida durante os meses de setembro e outubro do ano de 2010 e somente foi realizada após assinado ofício de solicitação de autorização para realização da pesquisa a Secretaria de Saúde do município de Juazeiro do Norte-CE. O público alvo para concretização desse trabalho foi todos os clientes com hanseníase acompanhados em um Centro de Referência em Juazeiro do Norte – CE. A



população em estudo é de aproximadamente 175 pessoas, com isto, utilizando-se de uma prevalência estimulada em 50%, um intervalo de confiança de 95% e uma margem de erro de 5%, a amostra foi de 120 pessoas. O programa aplicado para este cálculo foi o Statdisk. Os critérios de inclusão foram: os participantes serem usuários da Unidade de Referência, de ambos os sexos, na faixa etária de 18 a 50 anos de idade, cadastrada nesta unidade, e residentes neste município. Foram excluídos da presente pesquisa aquelas pessoas que não se encaixaram nos critérios de inclusão, ou ainda, não aceitaram participar da mesma. Acredita-se que a pesquisa através do formulário aplicado entre a clientela é de grande importância pelo fato de permitir maior fidelidade de informações coletadas pelo pesquisado (LAKATOS, 2010). O formulário é um instrumento destinado a coletar dados que podem ser originados de observações, interrogações, sendo preenchido pelo próprio pesquisador, trazendo um maior respaldo, permitindo uma coleta mais precisa dos resultados abordado. (LEOPARDI, 2005).

## Resultados e Discussão

Dos 120 clientes que se enquadraram nos critérios de inclusão e exclusão deste estudo, apenas 92 clientes aceitaram participar espontaneamente da pesquisa, totalizando assim o número de entrevistados. Foram utilizados para análise e exposição dos dados, os programas SPSS 13.0 e o Microsoft Excel 2010. O resultado desta pesquisa vai ao encontro de Silva e Griep (2007) quando estes afirmam que os homens apresentam maior quantidade de reações hansênicas e atribuem este fato aos homens ser maioria entre as formas multibacilares da doença. Escabarel et al. (2007) em estudo realizado somente com clientes multibacilares apresenta uma prevalência de 80% do sexo masculino. O grande número de clientes multibacilar preocupa-se por esta forma da doença ser mais agressiva e, principalmente, pelas incapacidades físicas que esta pode ocasionar. Silva e Griep (2007) afirmam que há fortes indícios de que as reações hansênicas podem ocorrer em qualquer forma clínica da doença, porém estas são mais frequentes na classe multibacilar (dimorfa e virchowiana) e podem ocorrer antes, durante ou depois do tratamento poliquimioterápico. As sequelas e incapacidades que podem ocorrer devido a complicações da hanseníase são problemas de saúde pública que devem ser avaliados pelos gestores municipais de saúde traçando estratégias específicas para as características apresentadas por sua população (SOBRINHO et al., 2007). Os entrevistados foram abordados sobre a hanseníase, a sua transmissibilidade, o tratamento poliquimioterápico entre outros aspectos que envolvem a doença, a fim de que se pudesse verificar o conhecimento dos clientes com hanseníase acerca desta. Traz as perguntas realizadas aos entrevistados. A partir destas perguntas, observou-se que 60,9% afirmaram não deter conhecimentos sobre a doença antes de adquiri-la. No entanto, 96,7% tem consciência quanto ao potencial de transmissão da hanseníase e 92,4% acreditam que ela tem cura. Quando abordados sobre as medicações que tomam, 97,8% demonstraram não conhecer as medicações que fazem uso, porém, 82,6% afirmaram saber a quantidade (em meses) da durabilidade do tratamento. Os entrevistados demonstraram deter algum conhecimento sobre a hanseníase embora este ainda seja insuficiente para melhorar a qualidade de vida destes clientes e diminuir o número de casos. O preconceito e o medo diminuem a procura destes clientes por informações mais esclarecedoras sobre a patologia. Estes, muitas vezes, abandonam ou se recusam a realizar o tratamento, além de não admitirem possuir a doença. Miranzi, Pereira e Nunes (2010, p. 66) relatam: “urge que o tema tenha uma abordagem ampla perante a população, que haja um planejamento de uma educação continuada em promoção de saúde com o intuito de informar, esclarecer e educar essa comunidade”. Essas informações devem ser disseminadas de maneira descentralizada. A tecnologia construída com seriedade e elevada competência para o tratamento da hanseníase é muito importante, porém, não coloca em relevo as necessidades de que se transcenda o conjunto de ações biológicas e individuais dominantes. Torna-se necessário subsidiar ações que atinjam as raízes da manutenção e disseminação da doença (HELENE; SALUM, 2002). Buscando identificar as dificuldades dos clientes em relação à doença, interrogou-se se estes têm ou tiveram alguma dificuldade desde o momento em que souberam que estavam com hanseníase.. Os 25 clientes relataram uma média aritmética de 2,68 dificuldades por cliente. As mais citadas foram as dificuldades financeiras (37,3%), os preconceitos sofridos devido a doença (22,4%) e as limitações físicas (17,9%). Torna-se a abordar que estes são fatores relevantes podendo ser apreciados pelos profissionais de saúde com o intuito de interagir com o cliente em busca de ajudá-lo a ultrapassar tais dificuldades. Porém, existem outros fatores abordados que podem ser sanados ou obter uma menor frequência com o apoio e o compromisso dos gestores e dos profissionais de saúde que estão a frente desta problemática. Santana et al. (2008) afirma que apesar das campanhas educativas não trazerem nenhum estímulo ao preconceito, este ainda é um fator que permeia a sociedade. As ações educativas devem ser voltadas para o cliente, a família e a sociedade como um todo na busca de implementar ações que contribuam na precocidade da descoberta dos casos, transformando conhecimentos e desmistificando esta visão negativa sobre a doença, propondo uma melhor aceitação do doente pela sociedade. As limitações físicas devem ser acompanhadas por um sistema especializado de reabilitação, objetivando a reinserção social destes clientes. Devido às deformidades causadas pela doença, muitos clientes se isolam tornando este processo mais difícil e prolongado (ESCARABEL et al., 2007; ROLIM et al., 2006). Observou-se ainda que alguns clientes esquecem de tomar a medicação e com isto não realizam um tratamento 100% efetivo. As campanhas de saúde que abordam a hanseníase enfocam que o cliente busque o serviço de saúde, pois a hanseníase tem cura e o tratamento é gratuito, porém, deixam a desejar quando não expõem a necessidade de se realizar uma terapêutica correta e as complicações que um tratamento incompleto pode ocasionar. Este estudo trouxe as características dos clientes com hanseníase atendidos por uma Unidade de Referência em Juazeiro do Norte – CE. Estes são adultos jovens entre 35 e 50 anos (81,6%), do sexo masculino (76,1%), cor branca (66,3%), com baixo nível socioeconômico (91,3%) e educacional (80,4%). 69,6% dos clientes entrevistados tem a forma multibacilar da doença, sendo as mais frequentes, a dimorfa (47,8%), seguida da virchowiana (26,1%). Dos 92 clientes abordados, 27,2% queixaram-se de algumas dificuldades enfrentadas devido à presença da hanseníase. Estas são: dificuldades financeiras (37,3%), preconceitos sofridos pela sociedade devido à doença (22,4%), limitações físicas (17,9%) e por último, interação social prejudicada (14,9%).

## Conclusão

Conclui-se que apesar de uma doença tão antiga na história da humanidade, a hanseníase ainda é um problema de características biopsicossociais presente na sociedade brasileira e no mundo. Apesar das políticas de saúde e das intensas campanhas educativas, este ainda é considerado um grave problema de saúde pública, principalmente, por atingir, em grande parte, uma camada da população jovem e economicamente ativa. Este estudo trouxe as características dos clientes com hanseníase atendidos por uma Unidade de Referência em Juazeiro do Norte – CE. Estes são adultos jovens entre 35 e 50 anos (81,6%), do sexo masculino (76,1%), cor branca (66,3%), com baixo nível socioeconômico (91,3%) e educacional (80,4%). 69,6% dos clientes entrevistados tem a forma multibacilar da doença, sendo as mais frequentes, a dimorfa (47,8%), seguida da virchowiana (26,1%). Observou-se, ainda, um conhecimento precário acerca da doença e da terapêutica instituída, estar necessitando de uma maior atenção e a implementação de ações educativas e promoção da saúde que visem aumentar o nível de conhecimento destes clientes acerca da doença observa-se que um núcleo de apoio psicológico, com oficinas terapêuticas seria de grande importância no auxílio aos problemas vivenciados por esta clientela.

## Referências

BRASIL. Revista brasileira de enfermagem: Hanseníase vol.61, 2008.

BRASIL. Guia de vigilância epidemiológica. 6 ed. Brasília, DF, 2006.

MARCIEL, L. A hanseníase ao longo da História (2005). Disponível em:

<[www.fiocruz.br/ccs/especiais/hanseníase](http://www.fiocruz.br/ccs/especiais/hanseníase)>. Acesso em 13 abr. 2010.

IBGE. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão 2009. Disponível em: <[www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php](http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php)>. Acesso em 18 abr. 2010

LEOPARDI, M. T. Metodologia da pesquisa na saúde. 2 ed. Florianópolis, 2005.

SANTOS, F. M; VARELA, Z. M. V. A imagem corporal e abominação do corpo em hanseníase: um estudo com adolescentes. Saúde da família. Fortaleza: Sociedade Brasileira dos Enfermeiros Escritores, 2005.

LAKATOS, M. E. Fundamentos de metodologia científica. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010

SILVA, S. F. da.; GRIEP, R. H. Reações hansênicas em pacientes portadores de hanseníase em centros de saúde da área de planejamento 3.2 do município do Rio de Janeiro. Hansenologia Internationalis. São Paulo. v. 32, nº2, p.155-162, 2007.

SOBRINHO, R. A. da S. et al. Avaliação do grau de incapacidades em hanseníase: uma estratégia para sensibilização e capacitação da equipe de enfermagem. Revista Latino-americana de Enfermagem. São Paulo. 2007. [on line]. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/pt\\_10.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/pt_10.pdf)>. Acesso em: 20 out. 2010.

MIRANZI, S. de S. C.; PEREIRA, L. H. de M.; NUNES, A. A. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. Uberaba-MG. v.43, nº1, p. 62-67, jan-fev, 2010.

HELENE, L. M. F.; SALUM, M. J. L. A reprodução social da hanseníase: um estudo do perfil de doentes com hanseníase no município de São Paulo. Caderno de Saúde Pública. São Paulo. v. 18, nº1, p. 101-113, jan-fev, 2002.

SANTANA, S. C. de et al. Papel das ações educativas e o controle da hanseníase no município de Ariquemes, Rondônia. Caderno de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. v. 16, nº2, p. 181-192, 2008.

ESCABAREL, C. M. et al. Estudo comparativo do índice de incapacidades em pacientes tratados com 24 e 12 doses de poliquimioterapia padrão – OMS, pacientes atendidos no plano piloto de Brasília – DF. Hansenologia Internationalis. São Paulo. v. 32, nº2, p.163-174, 2007.

Agradecimentos

A DEUS pela constante vigilância em minha vida;

A minha família pelo amor e dedicação,

E as pessoas que me ajudaram a realizar esse trabalho.

## O CONHECIMENTO DAS PUÉRPERAS SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO NO MUNICÍPIO DE ICÓ – CEARÁ

Josué Barros Júnior – Faculdade Vale do Salgado – FVS - [jjunior\\_enf@hotmail.com](mailto:jjunior_enf@hotmail.com)

Ferkênia Milles dos Santos – Faculdade Vale do Salgado - FVS

Cleciana Alves Cruz – Faculdade Vale do Salgado - FVS

Rafael Bezerra Duarte - Faculdade Vale do Salgado – FVS

Lorena Barreto de Alencar – Secretaria Municipal de Saúde de Icó/Ce

Kerma Márcia de Freitas (Orientadora) – Faculdade Vale do Salgado(FVS) e Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Palavras-chave: Aleitamento materno; Desmame precoce; Gestantes; Primíparas; Pré-natal.

### Resumo

Este estudo teve como objetivo investigar o conhecimento das puérperas sobre o aleitamento materno. Foram entrevistadas 15 puérperas, a coleta foi realizada na Unidade Básica de Saúde da Família, Cidade Nova com as duas equipes, localizada na zona urbana no Município de Icó - Ce, O presente estudo trata-se de uma pesquisa de caráter descritiva, exploratória, com uma abordagem qualitativa. O estudo foi realizado com as mães com idade superior ou igual a 18 anos e tiveram filhos com idade menor ou igual a 6 meses e que tiveram realizando consultas de puericultura na referida unidade onde foi coletado através de entrevista gravada. A maioria das puérperas realizou consultas de pré-natal, tendo um conhecimento das vantagens e desvantagens que o aleitamento materno oferece para a mãe e para o bebê. Ressalta a responsabilidade dos profissionais de saúde com um papel importante, enquanto educadores, em promoverem o estímulo ao aleitamento materno e as causas atuais que tendem a prevenir o desmame precoce, onde quase sempre está ligada às mudanças no estilo de vida, tanto cultural como social.

### Introdução

**Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o leite materno é um alimento completo e deve ser exclusivo até os seis meses de vida. O aleitamento é considerado exclusivo quando não há introdução de um outro leite, o leite materno é o único alimento, misto quando há uma complementação, e quando se faz a introdução de outros leites que não seja o leite humano é considerado artificial (SOUZA; ESMERALDA, 2011).**

**A amamentação promove uma interação entre mãe e filho, fornece substâncias que atuam na imunidade, fatores hormonais, além de prevenir doenças infecciosas, principalmente à diarreia e a pneumonia, reduzindo a incidência de mortalidade infantil trazendo benefício para a mãe evitando risco de hemorragias, e uma recuperação rápida no pós-parto (HURST, 2011).**

**Promover uma orientação durante o pré-natal sobre o aleitamento materno é fundamental, principalmente para as primíparas, pois elas se sentem motivadas a amamentarem, reduz o risco de serem influenciadas pelos mitos e crenças e preocupações que levam as dificuldades em amamentar levando a uma possível complicação (BRASIL, 2009).**

**Machado et al., (2012), relatam que profissionais da saúde devem está qualificados e sensibilizados para proporcionar às gestantes e nutrízes orientações compreensivas e adequadas. Promovendo o cuidado e o apoio ao aleitamento materno, contribuindo assim para o estabelecimento e a sua manutenção a prática.**

**Muitas mulheres se mostram insatisfeita com o incentivo e o apoio recebido pelos profissionais de saúde, não se sentem confiantes quanto o aleitamento materno e na maioria das vezes pela falta de conhecimento e despreparo dos profissionais. As puérperas precisam de um apoio emocional e informações precisas (BRASIL, 2009).**

**Neste contexto, é necessário mostrar as necessidades das puérperas em relação ao apoio e orientação por parte dos profissionais, promovendo a assistência e motivação na perspectiva de aumentar o índice de amamentação exclusiva até os seis meses de vida, uma vez que o conhecimento da mãe e da família é indispensável para o sucesso do aleitamento materno.**

**O interesse pelo estudo surgiu a partir de experiências diárias vivenciadas no campo de estágio, onde pode-se observar que as puérperas apresentam um déficit de conhecimento em relação ao aleitamento materno tornando-se difícil a amamentação, mostrando também estarem cada vez mais despreparadas. Logo, surgiram questionamentos que conduziram ao estudo: Que tipo de orientações estas mulheres estão recebendo no serviço de saúde? Será que as puérperas estão recebendo orientações acerca do Aleitamento Materno no pré-natal e na maternidade?**

**Dessa forma, este estudo teve como objetivo investigar o conhecimento das puérperas sobre o aleitamento materno, em uma unidade básica de saúde da família no município de Icó-Ce**

**Neste sentido, acredita-se que este estudo é relevante, pois conhecendo o nível de instrução das puérperas a respeito do Aleitamento Materno, pode-se investir em estratégias de educação em saúde focalizada no déficit de conhecimento destas**



mulheres, podendo assim, alcançar um melhor índice de aproveitamento destas estratégias.

## Metodologia

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de caráter descritiva, exploratória, com uma abordagem qualitativa. Assim, a pesquisa descritiva, tem como a finalidade de obter os resultados, através das observações, conhecer e descobrir o comportamento humano sem que ocorra alguma manipulação, buscando solução e facilitando resposta para o problema (CERVO; BERVIAN; SILVA, 2011). A pesquisa exploratória tem como objetivo, analisar as investigações, desenvolvendo e esclarecendo as ideias de forma ampla (GIL, 2010). A abordagem qualitativa para Minayo, Deslandes e Gomes (2009), se aprofunda no universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes, realidade que não é visível e que precisa ser exposta e interpretada.

A pesquisa foi realizada no Município de Icó - Ce, localizado aproximadamente 370 km da capital cearense, com 65.456 habitantes (IBGE, 2013). A rede de atenção Básica em Saúde do Município possui 17 Unidades Básicas de Saúde onde atuam 20 Equipes Saúde da Família, sendo 6 unidades na zona urbana e 11 na unidade da zona rural.

A coleta foi realizada na Unidade Básica de Saúde da Família, Cidade Nova, localizada na zona urbana no Município de Icó - Ce, onde atuam duas Equipe Saúde da Família. A escolha por essa unidade deu-se por ser esta a que apresenta o maior número de consultas de puericultura no Município, segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica.

A pesquisa foi realizada com 15 puérperas que comparecerem a consulta de puericultura na Unidade de Saúde e que atendem os seguintes critérios de inclusão, ter idade superior ou igual há 18 anos; que tivessem filhos com idade menor ou igual a 6 meses e que estivessem realizando consultas de puericultura na referida unidade.

Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semi estruturada contendo dados de caracterização sócio-demográfico das mães e itens que se referem ao conhecimento das mães sobre o aleitamento materno e os principais fatores que possam interferir neste processo. A entrevista é uma técnica que permite a obtenção de informações sobre determinado assunto, por meio da conversação entre duas pessoas. Oferece a oportunidade de avaliar atitudes e condutas além de fornecer dados que não são encontrados em documentos (MARCONI; LAKATOS, 2010).

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra, realizadas em uma sala reservada e as mães serão identificadas pela letra “M” (mães), M1, M2,...Mx., para garantir a privacidade anonimato da participante. A coleta aconteceu no período de março a abril de 2014.

Os dados foram organizados e analisados a partir da técnica de análise de conteúdo na modalidade temática. Segundo Bardin (2008), a análise de conteúdo representa um conjunto de técnicas de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção das mensagens.

A técnica de análise de conteúdo é composta pelas seguintes fases: organização dos dados e leitura flutuante, a constituição do corpus, que corresponde ao conjunto de dados que serão analisados em seguida a exploração do material, a codificação onde irão formar as categorias, em seguida, propõe-se inferências, realiza-se interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abre pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas (BARDIN, 2011).

Em todas as etapas deste estudo foram observados os princípios em consideração os aspectos éticos contidos na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, principalmente no que concerne a utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Dessa forma esteve assegurando os direitos e deveres a comunidade científica e aos sujeitos da pesquisa.

Garantindo as quatro referências básicas da bioética que são: a autonomia, não maleficência, beneficência e justiça (BRASIL, 2012b). Após autorização por meio da Declaração de Anuência do Secretário Municipal de Saúde de Icó, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Leão Sampaio de Ensino Universitário Ltda, para apreciação e autorização para a realização da pesquisa.

## Resultados e Discussão

Esse estudo buscou analisar o conhecimento das puérperas sobre o aleitamento materno, no município de Icó - Ce, traçando o perfil sócio demográfico das puérperas, identificando se estas receberam informação sobre o aleitamento materno durante o pré-natal. Para tanto, caracterizou-se inicialmente, os dados sócio demográficos: idade, escolaridade, estado civil, renda família, religião e trabalho das participantes.

A análise do perfil sociodemográfico das puérperas que frequentam a Unidade Básica de Saúde da Cidade Nova equipe I e II para puericultura constatou-se que, tiveram uma faixa etária variável onde as idades entre 21 e 30 anos foram as mais frequentes (60%) entre as mulheres. Em relação ao nível de escolaridade 04 (26,7%) fizeram o ensino fundamental incompleto e

05 (33,33%) concluíram o ensino médio completo, confirmando o baixo grau de conhecimento das participantes. Sobre o estado civil 8 (53,33%) participantes eram casadas e 7 (46,7) solteiras, os baixos indicadores socioeconômicos, atestado pela maioria possuir renda inferior a 1 salário mínimo, onde 7 (46,66 %) sendo beneficiadas pelos programas do governo, desta forma encontra-se um alto índice de puérperas que não trabalham. Quanto à religião (66,66 %) são católicas.

Ao analisar as entrevistas foram evidenciadas três categorias: (I) Fonte das informações sobre o aleitamento materno (II) O conhecimento das puérperas sobre o aleitamento materno e (III) Dificuldades para amamentar.

As falas revelam que na maioria das vezes as puérperas foram orientadas nas consultas de pré-natal pelas enfermeiras, sendo este o profissional responsável quem executa a maioria das consultas de pré-natal e puericultura na unidade em estudo, incentivando e orientando as gestantes e puérperas a amamentar até os seis meses de vida. Além das consultas, algumas vezes realizam atividades educativas para as orientações.

Bonilha et al., (2010) diz que, tanto os profissionais como os serviços de saúde são responsabilizados pelo sucesso da amamentação, portanto a informação e o apoio oferecido às mulheres devem se ampliar desde a atenção pré-natal, atendendo o desejo da mulher de amamentar ou não, as suas angústias e medos, as experiências anteriores e o seu contexto de vida, influenciando diretamente no sucesso da amamentação.

Conforme Nascimento et al., (2013), a decisão de amamentar ou não a criança acontece, em ocasiões, bem antes do parto, e a finalidade pré-natal de amamentar influencia tanto o início quanto a extensão do aleitamento materno. As orientações proporcionadas durante a assistência pré-natal favorecem para a decisão da mulher pelo aleitamento materno e para a sua permanência. Ao analisar as falas percebe-se que as puérperas têm certo conhecimento sobre o aleitamento materno, no que diz respeito as suas vantagens sejam para o bebê ou para as mães. Destacaram a proteção contra o câncer de mama e de útero na mãe, prevenção de infecções na criança, e o valor nutricional do leite materno. O ato de amamentar proporciona a satisfação do instinto maternal, ocupando os efeitos da separação abrupta que ocorre durante o parto, possibilitando uma redução do estresse e mau humor. Portanto, a amamentação acelera a involução uterina, reduzindo assim o risco de câncer de mama, retardar nova gestação, representando uma economia financeira, o que beneficia o grupo familiar (BARBOSA; SANTOS; SILVA, 2013).

Para Adams e Rodrigues (2010), existem benefícios para a mãe, o pai e a família, o bebê fortalece os laços afetivos entre o pai e os familiares ocasionando o prolongamento da amamentação, como de importância para reduzir o sangramento da mãe assim que o bebê nasce e agindo na prevenção do câncer de mama e ovário, é método natural de planejamento familiar.

Encontra-se sempre pronto e na temperatura ideal que o bebê necessita. Diante das falas, nota-se que algumas puérperas encontraram dificuldades no ato de amamentar afirmando que a criança não pegava o mamilo e em outras situações relataram que não tinha leite suficiente para alimentar seu bebê, que o leite era fraco. No entanto, o profissional de saúde durante o período de gestação deve preparar as gestantes para pós-parto, para que não ocorram dificuldades e possíveis complicações no período do puerpério.

Conforme estudos, uma orientação sobre a técnica adequada de amamentação durante o período pré e pós-gestacional pode reduzir a incidência de mulheres que afirmam ter baixa redução de leite. Com isso, a pega inadequada poderá gerar lesões mamilares, causando desconforto e dor para a mãe, podendo ocasionar a descontinuidade do aleitamento, se assim não for corrigida a forma de amamentar (DIOGO; SOUZA; ZOCHE, 2011).

## Conclusão

No presente trabalho, percebeu-se que as puérperas realizaram o pré-natal e existe um certo conhecimento sobre a importância do aleitamento materno, e benefícios da prática do aleitamento para a mãe, tendo o conhecimento também quanto outras funções do leite materno, além de alimentar a criança, existe a proteção contra doenças.

Mas, ainda existe um baixo nível de conhecimento de acordo com as atuais recomendações, por parte de algumas puérperas, sobre questões fundamentais para o sucesso da amamentação, quanto à dificuldade na pega do mamilo a demora da descida do leite, podendo assim, contribuir para um desmame precoce, reafirmam a importância do incentivo e da orientação dos profissionais de saúde para o aleitamento materno e suas possíveis complicações durante o pré-natal, contribuindo para a determinação de programas educativos e para a reorientação das práticas adotadas por profissionais e unidades de saúde.

Este trabalho tem como relevância que a puérpera obtenha uma visão mais ampla na prática do aleitamento materno, pois a amamentação é de extrema importância para a saúde do bebê, encontra-se no leite materno todos os nutrientes necessários para o seu desenvolvimento, oferecendo benefícios também para a mãe, é durante o ato de amamentar que se cria um vínculo entre mãe e bebê, sentindo-se segura, e menos propensa a ter chance de desenvolver anemia, hemorragias, câncer de mama e ovário no pós-parto.

Foi orientado para a mãe a amamentação exclusiva por seis meses e a manutenção do aleitamento materno complementado até os 2 anos ou mais, recomendado que a puérpera tome bastante líquidos, com os cuidados com as mamas e o mamilo oferecendo uma pega adequada para que não ocorra as fissuras promovendo então, a facilidade para o desmame precoce. Para uma amamentação com sucesso a nutriz deve ter uma alimentação saudável, sono e repouso satisfatório, e em caso de qualquer dúvida buscar o conhecimento a um profissional de saúde.



É muito importante que a família participe desse momento com a criança, sendo orientada, motivando e estimulando, a participação nas tarefas com a criança, cabendo à participação do profissional de saúde com suas orientações e desenvolvimento da promoção e prevenção.

## Referências

ADAMS, Francieli; RODRIGUES, Francisco Carlos Pinto. Promoção e apoio ao aleitamento materno: Um desafio para a enfermagem. Vivências: Revista Eletrônica de Extensão da URI. v.6, n.9: p.162-166, Maio, 2010.

BARBOSA, Jaqueline Almeida Guimarães; SANTOS, Fabrícia Paula Castro; SILVA, Pablo Marcelo Castilho. Fatores associados à baixa adesão ao aleitamento materno exclusivo e ao desmame precoce. Revista Tecer - Belo Horizonte. v. 6, n. 11, novembro de 2013.

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.

BONILHA, Ana Lucia de Lourenzi; SCHMALFUSSI, Joice Moreira; MORETTO, Virgínia Leismann; LIPINSKI; Jussara Mendes; PORCIUNCULA; Mariana Bello Capacitação participativa de pré-natalistas para a promoção do aleitamento materno. Rev Bras Enferm, Brasília 2010, set-out. v. 63, n. 5, p. 811-816.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: Nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CERVO, Amado L; BERVIAN, Pedro A; ROBERTO, da Silva. Metodologia Científica. 6ª edição. São Paulo. Pearson Prentice Hall, 2011.

DIOGO, Emanuella Freitas; SOUZA, Taiane; ZOCHE, Denise de Azambuja. Causas do desmame precoce e suas interfaces com a condição socioeconômica e escolaridade. Enfermagem em Foco 2011; v. 2 n. 1, p:10-13.

GIL, Antonio Carlos. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 6ª Edição-São Paulo: Atlas, 2010.

HUST. Nancy. Aleitamento Materno. In: CLACHERTY J. P.; EICHENWALD E., C. STARK A. R. Manual de Neonatologia. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2011.

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2013. Disponível em <[HTTP://cod.ibge.gov.br/D17](http://cod.ibge.gov.br/D17)>. Acesso em 20 de dez. de 2013.

MACHADO, Mariana de Oliveira Fonseca; HAAS, Vanderlei José; STEFANELLO, Juliana; NAKANO, Ana Márcia Spanó;, SPONHOLZ. Aleitamento materno: conhecimento e prática. Rev Esc Enferm USP 2012; v. 46, n. 4, p. 809-15.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. Técnicas de Pesquisa: Planejamento e execução de pesquisa, amostragem e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 28ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

NASCIMENTO, Vivianne Cavalcanti. OLIVEIRA, Maria Inês Couto; ALVES, Valdecyr Herdy; SILVA, Kátia Silveira. Associação entre as orientações pré-natais em aleitamento materno e a satisfação com o apoio para amamentar. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, v.13, n. 2, p. 147-159 abr. / jun., 2013.

SOUZA, Aspásia Basile Gesteira; ESMERALDA, Lopes da Mata. Enfermagem Neonatal Cuidado Integral ao Recém Nascido. In: SOUZA, Aspásia Basile Gesteira. Aleitamento materno e a iniciativa hospital amigo da criança. São Paulo: Martinari, 2011.

## Agradecimentos

Agradecemos as puérperas que contribuíram para a realização desta pesquisa e a todos os colegas que ajudaram direta ou indiretamente para o êxito desta.



## O conceito de saúde e o papel profissional na perspectiva da Promoção da Saúde: comparativo entre graduandos em Educação Física e bolsistas PET-Saúde.

Amon Dias Martins Pinheiro – Universidade de Fortaleza (UNIFOR) amondias@gmail.com  
Ana Maria Fontenelle Catrib – Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

*Palavras-chave: Promoção da Saúde. Formação. Perfil acadêmico.*

### Resumo

Nos últimos 40 anos, tem se observado uma série de mudanças no processo saúde-doença. A Promoção da Saúde trás uma abordagem de saúde que vai muito além do adoecimento, capaz de atuar sobre as determinações sociais das quais resultam as condições de vida. Atuar na promoção da saúde configura-se como possibilidade de responder as demandas sociais e exige reflexões. Diante de paradigmas de saúde ampliada e das novas proposições da promoção da saúde, o objetivo desse estudo foi analisar e comparar as percepções de saúde e o papel profissional de graduandos em Educação Física (EF) e de bolsistas de um Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). O estudo consistiu em uma pesquisa exploratória, comparativa, qualitativa. Participaram do estudo 21 graduandos em EF e 15 bolsistas do PET-Saúde, de ambos os sexos. Foi aplicado um questionário de questões fechadas – relativas ao perfil acadêmico – e abertas: “Na sua concepção, o que é saúde?” e “Qual o papel da sua área de formação no contexto da saúde?” – submetidas à análise temática. Os resultados demonstraram que os EF entendem saúde enquanto ausência de doenças e bem estar físico e mental, com papel profissional preventivo-tecnista, enquanto o grupo PET revelou um conceito ampliado de saúde numa visão holística do homem, com a função de educar e orientar vislumbrando a humanização dos processos. Assim, concluiu-se que a inserção em um PET e o perfil acadêmico parecem determinantes

### Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1976, referiu-se ao termo saúde – não apenas como ausência de doença – mas enquanto “completo bem-estar biológico (físico), psíquico (mental) e social”. Tal definição – até avançada para época em que foi realizada – embora considerada utópica e inatingível e, no atual momento, irreal, ultrapassada e unilateral, já deflagrava a busca por um conceito ampliado de saúde em contraposição e em superação ao antigo conceito limitado à ausência de doenças ou enfermidades (ANDRADE; BARRETO; PAULA, 2011; SEGRE; FERRAZ, 1997).

Face às incessantes transformações pelas quais passam os modos de vida em sociedade em todo o planeta, torna-se evidente e necessário, que a saúde seja entendida não apenas na dimensão médico-biológica de cura-adoecimento, mas que a mesma acompanhe a sociedade junto com os processos que incidem sobre esta, de uma vez que a saúde deve ser entendida enquanto produto socialmente determinado, resultante das formas com que os sujeitos sociais se organizam ao longo da história (BRASIL, 2010).

Em conformidade com a tendência mundial, nos últimos 40 anos, tem se observado uma série de mudanças no processo saúde-doença na sociedade brasileira, com o aumento acelerado da morbidade e da mortalidade por doenças não transmissíveis, o envelhecimento da população e a complexidade dos novos desafios colocados para o Sistema (MALTA et al, 2009).

A Promoção da Saúde trás uma abordagem de saúde que vai muito além do adoecimento e da concepção de saúde enquanto ausência de doença, capaz de atuar sobre as determinações sociais das quais resultam as condições de vida de uma comunidade ou de população como um todo (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003). Configura-se como estratégia de mudança nos modelos técnico-assistenciais, sinalizando a construção de outras possibilidades e a configuração de novos saberes e fazeres que ampliem as alternativas de qualidade de saúde e vida da população, de intervenção junto aos sujeitos e da compreensão do processo saúde-doença como produção social. Representa, pois, uma estratégia nos âmbitos político, assistencial, educacional e gerencial com um arcabouço conceitual e metodológico que contribui para a transformação da lógica das ações de saúde. (SILVA et al 2009).

Ela propõe um conceito de saúde, enquanto objeto de estudo, de maior amplitude que o limitado modelo biomédico, ainda vigente, limitado ao fenômeno saúde-doença – centrado no tratamento dos sintomas pelo assistencialismo e intervenções médico-hospitalares – que por si só não é suficiente para atuar efetivamente sobre os determinantes de saúde nesta concepção ampliada (BRASIL, 2010).

Porém, a promoção da saúde não deve ser compreendida apenas como um conjunto de procedimentos que informam e capacitam indivíduos e organizações, ou que buscam controlar determinantes das condições de saúde em grupos populacionais específicos. Sua maior importância reside na diversidade de ações possíveis para preservar e aumentar o potencial individual e social de eleição entre diversas formas de vida mais saudáveis, indicando duas direções: integralidade do cuidado e construção de políticas públicas favoráveis à vida, mediante articulação intersetorial (MALTA et al, 2009).

De um modo geral, a promoção da saúde visa promover a qualidade de vida, reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus condicionantes e determinantes sociais que resultam das condições, das relações e formas de organização as quais estão submetidos – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, p. 17, 2010).

Atuar na promoção da saúde configura-se como uma possibilidade de responder a demandas sociais e exige reflexões que perpassam quatro eixos fundamentais: a concepção de saúde, a gestão do processo de trabalho e educação, a formação dos profissionais de saúde a participação e o controle social. A conjugação dos elementos destes eixos deve direcionar as práticas em saúde, imprimindo a lógica do modelo técnico-assistencial em constante construção e reconstrução.

Essa premissa resgata a imagem de um quadrilátero para a formação em saúde em que, ensino, gestão setorial, práticas de atenção e controle social propõem construir e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade para operar mudanças (desejo de futuro), mobilizar caminhos (negociar e pactuar processos), convocar protagonismos (pedagogia in acto) e detectar paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições como cenário de conhecimentos e invenções (cartografia permanente) (SILVA et al 2009).

Diante de paradigmas mais recentes de saúde ampliada e das consequências das novas proposições que a promoção da saúde oferece para o campo das práticas e intervenções, o objetivo desse estudo foi identificar, descrever, analisar e comparar as percepções do conceito de saúde e o papel profissional de graduandos de Educação Física (EF) e de bolsistas de um Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde).

## Metodologia

Trata-se de um estudo comparativo que se deu através de uma pesquisa exploratória, descritivo-analítica, de abordagem qualitativa.

A coleta de dados se deu através de um questionário aplicado a graduandos do curso de Educação Física (EF) e bolsistas de um PET – ambos da mesma Instituição de Ensino Superior particular de Fortaleza. O referido instrumento contou com questões fechadas e abertas. As questões fechadas referiam-se a informações relativas ao perfil acadêmico dos sujeitos como sexo, idade, curso de graduação, situação profissional, ano de ingresso na universidade, semestre que está cursando efetivamente, horas dedicadas aos estudos, participação em atividades acadêmicas e de educação em saúde. As questões abertas – semiestruturadas – foram as seguintes: “Na sua concepção, o que é saúde?” e “Qual o papel da sua área de formação no contexto da saúde?”.

Participaram do estudo 21 graduandos em EF – de ambos os sexos, com idade entre 18 e 35 anos (média de 23,6 ), cursando do 2º ao 7º semestre, sendo 17 (81%) do terceiro ao quinto, com ingresso no curso nos anos de 2011 a 2014, dos quais 9 (42,9%) no ano de 2012, 13 (61,9%) afirmaram trabalhar, 5 (23,8%) não trabalham e 3 (14,3%) que já trabalharam, quanto ao tempo diário dedicado aos estudos, as respostas variaram de 20 a 240 minutos (média de 111 minutos), para participação em atividades acadêmicas, 6 (28,6%) frequentemente e 15 (71,4%) raramente, e participação em atividades de Educação em saúde, 47,6% frequentemente, os mesmos 47,6% raramente e 4,8% nunca – e 15 bolsistas do PET-Saúde de ambos os sexos, com idade entre 19 e 28 anos (média de 22,9 anos), apenas 2 (6,7%) relataram trabalhar, 2 (6,7%) já trabalharam e 11 (86,7%) nunca trabalharam; ingressaram na IES dos anos de 2009 a 2012; estavam cursando do 4º ao 9º semestre; dedicavam de 2 a 10 horas por dia (média de 5,5 horas) aos estudos; 100% relatou participação frequente em atividades acadêmicas e 13 (86,7%) participar frequentemente de atividades de Educação em saúde.

Para analisar as respostas das questões abertas, foi empregada a análise temática que se dá pelo estabelecimento de categorias que emergem após a exaustiva leitura dos textos confrontados com o respectivo referencial teórico do tema abordado. A análise temática ou categorial consiste em operações de desmembramento do texto em unidades (categorias), segundo reagrupamentos analógicos cujas operações visam descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, dando relevância à frequência desses núcleos, sistematizando-os sob a forma de dados segmentáveis e comparáveis (MINAYO, 2010).

## Resultados e Discussão

### *Entendimento de saúde*

Em uma primeira leitura – ainda que rápida e superficial – logo foi possível detectar que os estudantes de EF definem saúde enquanto “qualidade de vida” ou “bem estar” reduzidas a uma visão dicotômica do indivíduo – percebido enquanto “corpo e mente”, distinguindo seus aspectos físico e mental – relacionada, ainda, à ausência de doenças:

*“Ser um indivíduo saudável, mente e corpo, com bem estar (...), ativo em atividades físicas e saudável sem doenças (...).” (EF10).*

*“Se você tem uma vida ativa (...), sem sentir dores crônicas e nem doenças, você se encontra saudável”. (EF11).*

*“Junção de bem estar, qualidade de vida, estar bem consigo, esteticamente, mentalmente (...).” (EF07).*

*“É o bem estar físico, mental e psicológico do indivíduo.” (EF02).*

*“Bem estar. Isso traduz bem o meu conceito de saúde. (...) ser saudável físico e mentalmente”. (EF03).*

Na percepção dos alunos bolsistas do PET, a saúde aparece em seu conceito ampliado, não apenas relacionada à ausência de doenças, mas em sua concepção biopsicossocial, relacionada à qualidade de vida e ao bem estar:

*“Saúde é ampla, está além da ausência de doença, abrangendo uma boa qualidade de vida (...).” (PET02).*

*“Saúde é a sensação de bem estar geral e não apenas ausência de doença física.” (PET09).*

*“Não apenas a ausência de doença (...) mas o equilíbrio entre todos os pilares que compõem a vida do indivíduo: social, psíquico, físico”. (PET06).*

### *Papel Profissional*

Quanto ao seu papel profissional, os estudantes de EF o definiram enquanto Promoção da Saúde – porém com escopo reduzido à prevenção, de alcance apenas individual voltada para a mudança de hábitos e comportamentos dos sujeitos – através de uma intervenção que remete às práticas tradicionais voltadas apenas ao físico – sujeito concebido apenas como corpo – de caráter tecnicista, mecanicista e reprodutivista, focada na repetição e no rendimento, concebendo o profissional apenas enquanto um instrutor, um treinador ou técnico, ou seja, aquele que limita a prescrever e controlar exercícios:

*“Como a atividade física é um dos principais fatores para a Promoção da Saúde e estou apto na prescrição e acompanhamento dos exercícios (...).” (EF02).*

*“Promover saúde através da prática de atividade física, trabalhando na manutenção dos diferentes componentes da aptidão física (...).” (EF08).*

*“Orientar de forma correta e satisfatória os exercícios físicos para ajudar a promover saúde”. (EF14).*

*“Principalmente de prevenção, pois as atividades realizadas por nossa área previnem várias patologias”. (EF06).*

*“Tem o papel preventivo e reabilitador”. (EF17).*

No que tange aos bolsistas do PET-Saúde, as respostas referentes ao seu entendimento quanto ao papel profissional, também apontam para a Promoção da Saúde, porém, num sentido mais amplo e mais fidedigno para com o escopo a que se propõe – não limitando-se às práticas meramente preventivas – voltada para o caráter formador e capacitador das práticas em saúde, intencionando uma intervenção profissional destinada à orientar, educar os sujeitos, concebendo-os como atores principais – os verdadeiros protagonistas da vida e da sua saúde – visando desenvolver a autonomia e a cidadania dos indivíduos, inseridos em uma abordagem totalitária do ser humano – em oposição à visão fragmentada e reducionista do homem enquanto mente e corpo:

*“(...) a orientação da população, através da Educação em Saúde favorecendo o empoderamento dos indivíduos”. (EF02).*

*“Promover saúde; orientar os indivíduos e a comunidade quanto às formas de prevenção de agravos (...).” (EF06).*



“Educar a população quanto a hábitos de vida saudável, com o objetivo de melhorar dentro desse sentido a qualidade de vida da população (...)”. (EF05).

“Trabalhar o sujeito de forma integral dentro do seu contexto (...)”. (EF08).

Discussão

Confrontando-se as percepções dos dois grupos que emergiram das respostas a respeito dos temas abordados percebe-se ideias contrastantes que apontam para diferentes paradigmas conforme apresentado no quadro a seguir:

	Estudantes de EF	Bolsistas PET-Saúde
Conceito de Saúde	Modelo Biomédico Ausência de doenças Qualidade de Vida e Bem estar “Corpo e Mente”	Conceito Ampliado Biopsicossocial Qualidade de Vida e Bem estar Holístico
Papel Profissional	Preventivista Prescrever e Orientar Tecnicista Mecanicista	Promoção da Saúde Educar e Orientar Empoderar Humanização

Quadro 01: Comparativo das percepções do “Conceito de Saúde” e “Papel Profissional”.

Uma provável explicação para a discrepância ideológica encontrada entre os dois grupos pode estar simplesmente na inserção de um deles em um programa de bolsa, podendo encontrar respostas, também, nas acentuadas diferenças no perfil acadêmico como consta no quadro 02:

PERFIL ACADÊMICO	Estudantes de EF	Bolsistas PET-Saúde
Idade	18 a 35 anos (média de 23,6)	19 a 28 anos (média de 22,9)
Semestre	2º ao 7º	4º ao 9º
Experiência de trabalho	61,9% trabalham, 14,3% já trabalharam, 23,8% nunca trabalharam.	6,7% trabalha, 6,7% já trabalharam, 86,7% nunca trabalharam.
Tempo dedicado aos estudos	20 a 240 minutos/dia (média de 1,85 horas)	2 a 10 horas/dia (média de 5,5 horas)
Participação Atividades Acadêmicas	28,6% frequentemente 71,4% raramente	100% frequentemente
Participação em Atividades de Educação em Saúde	47,6% frequentemente 47,6% raramente 4,8% nunca	86,7% frequentemente 13,3% raramente 0% nunca

Quadro 02: Comparativo do perfil acadêmico entre os graduandos em EF e bolsistas PET-Saúde.

Observando-se o quadro acima, alguns pontos conflitantes entre os dois grupos chamam a atenção e podem convergir para possíveis explicações a cerca dos diferentes paradigmas dos temas pesquisados. Apesar dos bolsistas PET-Saúde serem oriundos de períodos mais avançados do curso – 4º ao 9º semestre – apenas 13,4% deles, trabalha ou já trabalhou – frente aos estudantes de EF que, estando do 2º ao 7º, 76,2% relataram trabalhar ou já haver trabalhado – sinalizando uma possível inserção precoce no mercado de trabalho – fato que pode incidir direta e, negativamente, no tempo dedicado aos estudos, podendo, inclusive, comprometer o rendimento acadêmico, implicando em prejuízos ao processo de formação desses acadêmicos, terminando por reduzir suas possibilidades de dedicação a atividades voltadas à pesquisa e extensão e de participação em eventos de fomento à produção como seminários, simpósios, congressos e outros.

Conclusão

Diante dos achados, pode-se hipotetizar que a inserção de acadêmicos da saúde em um PET, assim como o perfil acadêmico dos mesmos – sobretudo fatores como a inserção no mercado de trabalho, o tempo de dedicação aos estudos e a participação em atividades acadêmicas e de educação em saúde – parecem contribuir determinante para um entendimento ampliado de saúde e do papel de futuros profissionais da saúde.

Referências

ANDRADE, L.O.M. de; BARRETO, I.C.H.C.; PAULA, J.B. de. Promoção de Saúde: aspectos históricos e conceituais. In: CATRIB, A.M.F; DIAS, M.S.A; FROTA, M.A (org.). Promoção da saúde no contexto da estratégia saúde da família. Campinas, Saberes, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília:



Ministério da Saúde, 2010.

CAMPOS; G.W.S. et. al. (org.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

FERRAZ, S.T. Promoção da saúde: viagem entre dois paradigmas. Revista de Administração Pública, v. 32, n. 2, p. 49 a 60, 2013.

MALTA, D.C. et al. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. Epidemiol Serv Saúde, v. 18, n. 1, p. 79-86, 2009.

SEGRE, M.; FERRAZ, F.C. O conceito de saúde. Revista de saúde pública, v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997.

SÍCOLI, J. L., NASCIMENTO, P. R. Health promotion: concepts, principles and practice, Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.7, n.12, p.91-112, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832003000100008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832003000100008&script=sci_arttext)>. Acesso em: 14 ago. 2014.

SILVA, K.L. da; et al. Educação em enfermagem e os desafios para a promoção de saúde. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 62, n. 1, p. 86-91, 2009.

## Agradecimentos

Meus sinceros agradecimentos à Professora Ana Catrib por sua atenção e dedicação, bem como ao PROSUP/CAPES e ao PET-Saúde pela oportunidade, estímulo e constante incentivo à pesquisa.

## O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: UM OLHAR A PARTIR DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE

Carlos Eduardo Esmeraldo Filho – Faculdades Nordeste (Fanor) cefilho@gmail.com

Geordany Rose de Oliveira Viana Esmeraldo – Docente da Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Lúcia Conde de Oliveira (orientadora) – Universidade Estadual do Ceará

**Palavras-chave:** Processo Saúde-Doença. Pessoas em situação de rua. Determinação da Saúde.

### Resumo

Esse trabalho tem como objetivo discutir sobre o processo saúde-doença junto a pessoas em situação de rua do município de Fortaleza-CE. Como metodologia, utilizamos a pesquisa qualitativa, cuja coleta de dados foi realizada mediante entrevista com dez moradores de rua e quatro trabalhadores dos serviços de saúde e de assistência social. As informações foram analisadas por meio da Análise de Conteúdo. Como resultados, percebemos a vulnerabilidade característica do modo de vida na rua, considerando tanto os aspectos relacionados à frequente exposição das pessoas a atos de violência, às dificuldades em relação a higiene e cuidados com o corpo, às condições de alimentação e de sono e, principalmente, aos aspectos relacionados ao uso de álcool e drogas. A maior parte dos entrevistados relataram fazer ou já ter feito uso abusivo de álcool e/outras drogas. Esse uso acarreta uma série de danos à vida dos moradores de rua, contribuindo para o agravamento da saúde dessa população e à dificuldade em construir outros projetos de vida ou de retorno ao convívio familiar. Apesar disso, percebemos pessoas ativas e que buscam transformar as suas condições de vida e contribuem para o cuidado da saúde de grupos de moradores de rua.

### Introdução

O objetivo desse trabalho é discutir sobre o processo saúde-doença junto a pessoas em situação de rua do município de Fortaleza-CE. Investigar o processo saúde-doença junto aos moradores de rua demanda, por um lado, analisar os determinantes sociais desse processo característicos das condições de vida na rua; e por outro lado, essa análise permite conhecer um pouco mais a realidade em que vive essa população.

Para definir um conceito de saúde a ser adotado neste trabalho, tomamos como referência, além dos demais autores já discutidos, os conceitos defendidos por Fleury-Teixeira (2009), que traz a definição de saúde como sendo capacidade psicofisiológica para a realização da vida por parte dos indivíduos; por Caponi (1997), que tomando como base as idéias de Canguilhem, compreende a saúde como capacidade de indivíduos e coletividades de tolerar as infidelidades do meio; e, por fim, o conceito de saúde cunhado por Ayres (2007), como sendo a busca constante e compartilhada de meios para evitar, manejar e/ou superar as condições de adoecimento desde que essas condições resultem em obstáculos para a realização dos projetos de felicidade dos indivíduos e coletividades.

Compreendemos, assim, a saúde tanto como capacidade dos indivíduos e coletividades – capacidade essa que é também socialmente determinada - para evitar, manejar e enfrentar as dificuldades e adversidades da vida (incluindo os processos de adoecimentos), como também para a realização ativa da vida, que diz respeito também à possibilidade de transformar a realidade e as condições materiais vigentes. Essa concepção de saúde considera seus múltiplos processos determinantes. Não é, portanto, redutível a qualquer dos seus aspectos isoladamente, seja o individual biológico ou psicológico, seja o social.

### Metodologia

Utilizamos a pesquisa qualitativa, cuja coleta de dados foi realizada mediante entrevista com dez moradores de rua e quatro trabalhadores dos serviços de saúde e de assistência social. As informações foram analisadas por meio da Análise de Conteúdo. A pesquisa foi realizada no município de Fortaleza-CE, entre setembro e dezembro de 2009, na rua de uma forma geral, e mais especificamente em quatro diferentes entidades: Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS), no antigo Centro de Atendimento da população de Rua (hoje substituído pelo Centro Pop) e a Pastoral do Povo de Rua. A pesquisa na rua se deu na área central da cidade, região onde vive boa parte dos moradores de rua. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará.

### Resultados e Discussão

São vários os problemas de saúde decorrentes das condições de vida na rua. A respeito dessa questão, todos os entrevistados relatam ter algum problema de saúde, seja uma doença já diagnosticada, sejam questões relacionadas à saúde mental, seja a queixa de sintomas ainda não examinados (dores, manchas na pele, dentre outros).

Percebemos que, pela sua relação com a qualidade de vida e por influenciar o dia a dia do morador de rua, a violência aparece

com um importante determinante social do processo saúde-doença. O risco de ser assaltado, agredido ou assassinado não é pequeno, gerando uma frequente sensação de insegurança, medo, ansiedade, abandono, angústia:

Não é somente a violência que aparece como determinante do processo saúde doença, embora seja um fator muito presente. Um morador de rua afirma que de uma forma geral sofre muita pressão na rua, destacando a saúde mental como o maior problema. Os discursos convergiram em afirmar a respeito das dificuldades do nervosismo característicos da vida na rua, cheia de perigos e incertezas.

Ao destacar problemas relacionados à saúde mental, não estamos necessariamente nos referindo a diagnósticos de transtornos mentais, por não ser esse o nosso objetivo, embora não seja difícil identificar na rua pessoas com transtornos mentais severos. Estamos apenas nos referindo às implicações negativas do modo de vida da rua para a qualidade de vida dos moradores de rua. Estudos anteriores, inclusive, destacaram a maior prevalência de transtornos mentais junto à população de rua em comparação à população em geral (LOVISI, 2000; HERCKERT e SILVA, 2002).

Lovisi (2000), por exemplo, realizou um estudo com moradores de albergues públicos do Rio de Janeiro e constatou que a incidência de transtornos mentais na população albergada é bem maior do que a da população em geral, especialmente distúrbios relacionados à dependência química. Mais adiante aprofundaremos a análise dos dados referente ao uso abusivo de drogas entre os moradores de rua aqui investigados. Em pesquisa semelhante, realizada em Juiz de Fora - MG, Heckert e Silva (2002) constataram a incidência de esquizofrenia entre a população de rua. Os autores chegaram a uma conclusão parecida com a de Lovisi (2000): “As pesquisas são unânimes em indicar que são freqüentes os diagnósticos de esquizofrenia entre a população de rua. A taxa que encontramos está bem acima da encontrada na população geral brasileira”. (HECKERT e SILVA, 2002, p.17).

Um dos problemas de saúde decorrente das especificidades da vida dos moradores de rua refere-se às implicações do uso freqüente de mochilas e sacolas junto ao corpo. O discurso abaixo destaca as dores na coluna devido ao fato de muitos moradores de rua andarem com mochilas nas costas, por não terem onde deixar.

Rodrigues (2005) ressalta a importância do corpo do morador de rua, tendo em vista que este é o que há de mais concreto no ser humano, e, no que tange à população aqui discutida, é a dimensão corporal um dos elementos que o identifica como morador de rua. A pele queimada do sol, áspera e muitas vezes prematuramente envelhecida, roupas sujas, pés inchados ou rachados, cabelos assanhados, cheiro de cachaça e suor são aspectos destacados como característicos do morador de rua.

Enfocar os determinantes sociais do processo saúde-doença não significa deixar de lado a dimensão biológica-corporal. O corpo é, de uma certa forma, a casa do morador de rua. Serve como suporte para carregar seus poucos bens tais como roupas e documentos. Mochila, saco ou sacola termina por se integrar ao corpo do morador de rua, configurando o que Rodrigues (2005) denomina “corpo-suporte”, ou seja, é junto ao corpo que o morador de rua carrega seus pertences. Com o tempo, problemas de postura e de coluna começam a se agravar:

Os que são atendidos por instituições, tais como a casa da Pastoral do Povo de Rua, conseguem um armário para deixar seus pertences. Quanto aos que não conseguem, o risco constante de ser roubado os obrigam, por um lado, a estar sempre com os seus bens junto ao corpo; por outro lado, os bens são constantemente vendidos, trocados, às vezes abandonados, caracterizando um desapego aos bens (RODRIGUES, 2005).

Com relação à alimentação e higiene, necessidades básicas que constituem importantes determinantes do processo saúde doença, os discursos destacam o apoio das instituições, mas também as dificuldades em satisfazer as necessidades nos fins de semana, quando as instituições estão fechadas. Durante a semana, há instituições que dispõem de banheiros para a higiene corporal, outras que distribuem alimento: o café e o almoço no CAPR e na Casa São Vicente de Paula, restaurantes no centro da cidade que doam as sobras do almoço, grupos que passam à noite nas praças distribuindo sopas, dentre outras.

Durante a semana, a alimentação não parece ser uma grande dificuldade. Apenas um dos entrevistados queixou-se da quantidade insuficiente da alimentação oferecida no CAPR, dizendo que era muito pouco para as suas necessidades. Os demais não se demonstraram insatisfeitos com as refeições durante a semana.

Diferentemente da alimentação, o sono é considerado um dos principais problemas apontados pelos moradores de rua entrevistados. A dificuldade em dormir é significativa, não somente por conta do frio, desabrigo e possibilidade de estar exposto à chuva, mas principalmente pela insegurança, pelo risco de ser agredido pela polícia, vigilantes ou outro morador de rua. A qualidade do sono fica comprometida em decorrência do medo de dormir ao léu.

No que diz respeito à percepção de saúde pessoal e à concepção em relação à saúde, a maioria refere-se a adoecimentos por conta da vida na rua ou devido ao uso de drogas. A maior parte dos entrevistados relatou já ter contraído doenças ou pelo menos apresentado sintomas, tanto em decorrência do modo de vida na rua especificamente, como também associadas ao uso de álcool e outras drogas. Surgiram problemas como pneumonia, anemia, tuberculose, DST, diarreia, coceira, virose, dores, problemas de saúde bucal; são processos de adoecimento comuns às populações de rua, já destacado por outros estudos (ROSA ET AL, 2006; ARISTIDES e LIMA, 2009).

A trabalhadora do Centro de Saúde Paulo Marcelo, ao destacar as principais demandas percebidas por ela no atendimento ao morador de rua, converge em relação aos trechos discutidos anteriormente, indicando ainda casos de dengue e de busca por vacina anti-rábica, depois de serem mordidos por cães na rua.



A concepção de saúde da maioria dos entrevistados consiste numa compreensão de saúde como não-doença, referindo-se aos problemas de saúde já vivenciados na rua. No entanto, identificamos divergências no discurso, sendo que alguns compreendem a saúde no sentido de prestação de serviços, outros como meio ou recurso para trabalhar.

No que se refere ao cuidado com a própria saúde pessoal, surgiram duas questões principais: primeiro, a idéia medicalizante, na qual cuidar da saúde é tomar remédio ou buscar serviços de saúde; segundo, a necessidade de sair da rua para conseguir aderir a um tratamento e superar um problema de saúde.

Essa concepção de cuidar da saúde como sendo tomar remédio ou se submeter à intervenção de um profissional de saúde remete à ideia de medicalização da saúde. Camargo Jr. (2007, p. 68) considera duas concepções acerca da expressão medicalização: a primeira diz respeito ao ocultamento dos conflitos que caracterizam as relações sociais constituindo um determinante da doença; a segunda refere-se à “expropriação da capacidade de cuidado das pessoas em geral, em especial (mas não apenas) os membros das camadas populares, tornando-as dependentes do cuidado dispensados por profissionais, em particular (ou quase que exclusivamente, para alguns) médicos.

Percebemos a medicalização da saúde nos discursos dos entrevistados tanto no que se refere à não compreensão da relação entre as condições de vida que estão submetidos os moradores de rua e os processos de adoecimento; como também no que diz respeito a pensar o cuidado em saúde somente através de consultas médicas, atendimento nos serviços de saúde e tomando remédio. Não surgiram, nos discursos sobre saúde, a necessidade de transformação social e de superar as condições de vida atual. Além de não relacionarem com as condições materiais de existência, também não destacam os aspectos imediatos do cuidado com o corpo físico.

No que se refere à higiene corporal, de uma forma geral, os resultados mostraram que, pelo menos quanto aos sujeitos que participaram da pesquisa, os moradores de rua se apresentam limpos e com roupas lavadas. Não quer dizer que não exista o “maltrapilho”, mas, tendo em vista que os participantes da pesquisa frequentam instituições que fornecem banho e serviço de lavagem de roupas, eles diferenciaram-se desse estereótipo.

Relacionada ao cuidado com o corpo, bem como a todas as questões discutidas acima a respeito do processo saúde-doença, não podemos deixar de discutir acerca da problemática mais frequentemente apontada, o uso abusivo de álcool e de outras drogas. Tanto nos discursos dos moradores de rua, como nas falas dos representantes da gestão municipal, e também na observação participante, as drogas aparecem como uma questão central. Os problemas referentes à saúde-doença e a vulnerabilidade discutida pelos moradores de rua são intensificados pelo abuso de drogas. As drogas aparecem como sendo o motivo para agredir, ser agredido ou atropelado, para a dificuldade em conseguir dormir e se alimentar (especialmente com usuários de crack), bem como dificuldade em aderir a tratamentos de saúde.

A vida na rua, combinada com o uso abusivo de drogas, contribui para degenerar a saúde de maneira que o corpo parece envelhecer mais cedo. A sensação pessoal de envelhecimento também surge prematuramente. Além disso, destacamos a vulnerabilidade da saúde dos moradores de rua, como decorrência do uso de drogas. São comuns doenças infecciosas contraídas por moradores de rua por conta dos danos causados pelo abuso de álcool e de outra drogas.

Também relacionado ao uso de álcool e drogas, e de uma forma geral à vivência na rua, percebemos em muitos moradores de rua comportamentos considerados de risco. Ainda assim, o estilo de vida dos moradores de rua não é, a nosso ver, o principal determinante do adoecimento. Enfocar o estilo de vida como um importante fator que determina a saúde e a doença coloca no indivíduo a responsabilidade única pelo seu adoecimento, desconsiderando o complexo processo de determinação. Conforme discute Batistella (2007, p. 61), a “responsabilização das pessoas por estilos de vida ‘não-saudáveis’ tenderia desviar a discussão de fatores sociais, ambientais, econômicos e sobre as condições de trabalho que influem fortemente no processo saúde-doença”.

O que acontece é que o envolvimento de álcool e outras drogas surge como a principal problemática discutida pelos moradores de rua. Não queremos dizer que usar droga seja somente um problema, quando em muitos casos acaba sendo solução. As pessoas em situação de rua, por exemplo, precisam andar por várias quadras todos os dias. Alguns se referem à dificuldade em andar tanto sem estar alcoolizado.

A droga aparece como determinante tanto para a ida para as ruas, condicionando conflitos, separações e rupturas familiares, como também para o retorno definitivo à rua, em casos nos quais a pessoa consegue superar, pelo menos parcialmente, a situação de rua. Podemos destacar ainda, como decorrência dos efeitos da droga e da bebida, a perda de documentos, o risco de ser furtado, a não adesão a tratamentos de saúde, a evasão em cursos promovidos pelas instituições governamentais ou não-governamentais bem como o envolvimento com crimes. Além de todas essas conseqüências, há também a relação entre o álcool e a má qualidade da alimentação, contribuindo, conseqüentemente, para agravar mais ainda os danos à saúde. As falas seguintes destacam alguns desses aspectos:

Em muitos casos, os danos à saúde associados ao uso frequente de drogas chegam a um grau tão avançado que o sujeito simplesmente não agüenta mais continuar ingerindo substâncias psicoativas, passando um tempo sem beber ou fumar. Vários moradores de rua, especialmente os que estão há muito tempo na rua, alternam períodos em que vivem na rua com períodos em que são acolhidos em albergues ou alugam um “barraco”, como forma de “dar um tempo” da rua ou até de tentar viver “fora” da rua. A ingestão de drogas leva o morador de rua a um limite no qual ele acaba por decidir passar um tempo “fora” das ruas.

## Conclusão

Considerando os potenciais existentes entre a população em situação de rua de Fortaleza, já destacados, compreendemos que há pessoas em situação de rua capazes de ultrapassar a vida cotidiana, de ir além de sua particularidade, agir com intenção consciente para transformar o seu ambiente imediato, pensando no coletivo dos moradores de rua. Assim, é um desafio ver o morador de rua como ser humano histórico-social, que atua de forma relativamente autônoma, problematizando a realidade e buscando transformar suas condições de vida. A superação da situação de rua, da violência sofrida, da dificuldade de acesso aos serviços de saúde, do uso abusivo de drogas, das relações de dependência em direção à autonomia, seria resultado, não de uma ação individual, mas de uma ação coletiva e compartilhada.

Observamos que essa pesquisa traz importantes reflexões acerca das necessidades de saúde dos moradores de rua e dos desafios para as políticas públicas. Entretanto, sabemos que o estudo não dá conta de toda a complexidade dos moradores de rua, de suas necessidades e dos determinantes do processo saúde-doença. Incluímos, como recomendações para outros estudos, aprofundar a compreensão acerca do uso abusivo de álcool e drogas, tendo em vista que essa é uma das questões centrais não só entre os moradores de rua, mas inclusive na vida de pessoas que possuem vínculos comunitários e familiares, mas que podem (ou não) vivenciar conflitos na família, na comunidade e junto aos traficantes.

## Referências

AYRES, J. R. C. M. Uma Concepção Hermenêutica de “Saúde”. In: *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17 (1): 43-62, 2007.

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. . In: FONSECA, A.F.; CORBO, A. M. D.(Org.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007b. p. 51-86

CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. As armadilhas da “Concepção Positiva da Saúde”. In: *Physis: Rev.. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17 (1): 63-73, 2007.

CAPONI, S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*, IV(2): 287-307, jul-out., 1997

FLEURY-TEIXEIRA, Paulo. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. *Revista Saúde em Debate*. V33, n.83, p 380-387, 2009.

HECKERT, Uriel; SILVA, Juliana de Moraes Ferreira. Psicoses esquizofrênicas em população de rua. In: *Revista de Psiquiatria Clínica*. 29(1); 14-19, 2002

LOVISI, Giovanni Marcos. Avaliação de Distúrbios Mentais em Moradores de Albergues Públicos das Cidades do Rio de Janeiro e Niterói. 2000. 187f. Tese (doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ. Rio de Janeiro

RODRIGUES, Lídia Valesca Bonfim Pimentel. *Vidas nas Ruas: Corpos em Percursos no Cotidiano da Cidade*. 2005. Tese (Doutorado em Sociologia). Universidade Federal do Ceará, 2005.

ROSA, Anderson da Silva; SECCO, Maria Gabriela; BRÊTAS, Ana Cristina Passarelas. O cuidado em situação de rua: revendo o significado do processo saúde-doença. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2006, maio-jun; 59(3): 331-6.

## Agradecimentos

Agradecemos a todos as pessoas em situação de rua que concordaram em participar da pesquisa, bem como aos profissionais da saúde e da assistência social que aceitaram fornecer as informações-chave.



## Obesidade em Adolescentes: um problema de Saúde Pública

Maria Cecília Cavalcante Barreira (apresentador) – Unifor; cilinhac@hotmail.com

Antonio Dean Barbosa Marques – Unifor

July Grassiely de Oliveira Branco- Unifor

Nara Borges Gonçalves Lima– Unifor

Rochelle da Costa Cavalcante – Unifor

Geraldo Bezerra da Silva Júnior – Unifor

Palavras-chave: Obesidade. Adolescente. Sobrepeso. Fatores de risco.

### Resumo

O sobrepeso e a obesidade em crianças e adolescentes, assim como em adultos, tem sido considerados um dos maiores problemas de Saúde Pública da atualidade, causando diversos problemas de saúde, além de gastos crescentes com tratamento de agravos. Atualmente, essa situação é cada vez mais importante, já que o excesso de gordura corporal pode provocar consequências ao indivíduo que não podem deixar de ser destacadas, como as dislipidemias, doenças biliares, osteoartrite, apnéia do sono, entre outras. Foi realizada uma revisão sistemática da literatura buscando artigos científicos que descrevessem a obesidade na adolescência, dados epidemiológicos e os fatores de risco relacionados à patologia em questão. Selecionaram-se artigos publicados a partir de 2008. As bases de dados eletrônicas pesquisadas foram: Scielo-Brasil (*Scientific Eletronic Library Online*), Lilacs (Literatura do Caribe em Ciências da Saúde) e *Medline/Pubmed* via *National Library of Medicine*. No Brasil, as taxas de adolescentes com excesso de peso seguiram tendência crescente nos últimos 20 anos, com prevalência de 7,7% na década de 1980 para ambos os sexos. Essa taxa atingiu 17,9% para meninos e 15,4% para meninas na última pesquisa nacional entre 2002 e 2003. A literatura pesquisada mostrou vários fatores associados à obesidade e suas complicações, como diabetes tipo 1 e 2, hipertensão arterial, dislipidemia, doença renal crônica, doença coronariana, entre outros. Destaca-se a importância dos profissionais de educação e saúde para a orientação de hábitos de vida saudáveis, detecção precoce do sobrepeso para que o tratamento inicie o quanto antes e muitas complicações sejam evitadas, inclusive a morte.

### Introdução

A adolescência é um dos períodos críticos para o início ou a persistência da obesidade e para o desenvolvimento de suas complicações. Estudos destacam que, além de fatores genéticos, fatores ambientais e comportamentais também influenciam, como diminuição de atividade física e aumento do sedentarismo associados ao maior consumo de alimentos (Lavrador, 2011).

Percebemos uma diferença significativa nos hábitos de crianças e adolescentes ao longo dos anos, já que há décadas as brincadeiras eram coletivas, envolvendo atividades físicas como esconde-esconde, pega-pega. Atualmente, os jovens utilizam bastante o vídeo game e computador para se divertirem, que são atividades com caráter sedentário.

Como consequência dos novos e piores hábitos alimentares, os brasileiros aumentaram sua média de peso ao longo das últimas três décadas (Peres, 2010). Por esse motivo, o excesso de peso passou a causar mais problemas de saúde.

Estudos realizados no Brasil, entre 1974 e 1989, demonstraram uma modificação chamada transição nutricional, que foi alteração relacionada à oferta alimentar, passando do déficit para o excesso com repercussões patológicas (Mendonça, 2010).

Além da transição nutricional, houve mudança nas principais doenças causadoras de mortes. Há algumas décadas, as principais doenças que causavam mortes em todo o mundo eram as infecto-contagiosas. Entretanto, atualmente as enfermidades crônico-degenerativas são as responsáveis pelo maior número de óbitos (Casonatto, 2011).

O sobrepeso/obesidade em crianças e adolescentes, assim como em adultos, tem sido considerado um dos maiores problemas de Saúde Pública da atualidade, tanto em países desenvolvidos como em países emergentes, causando diversos problemas de saúde, além de gastos crescentes com tratamento de agravos (Farias, 2008).

A etiologia da obesidade é multifatorial, resultando do desequilíbrio entre a ingestão calórica e o gasto energético, associada a fatores genéticos, ambientais e comportamentais, como sedentarismo, dietas inadequadas e aumento da ingestão alimentar (Liberatore, 2008). A Organização Mundial da Saúde (OMS) descreve a obesidade como uma doença crônica que se caracteriza pelo excesso do tecido adiposo no organismo, e cuja ocorrência facilita o aparecimento de diferentes alterações: dislipidemias, afecções pulmonares, Diabetes Mellitus, alguns tipos de câncer, problemas renais, doença da vesícula biliar, problemas nas articulações, músculos, hipertensão arterial e alterações endócrinas (World Health Organization apud Martin, 2011).

A morbidade e a mortalidade relacionadas ao excesso de peso e, particularmente, ao excesso de gordura corporal, foram relatadas desde há muito tempo, por Hipócrates, que declarou que a morte súbita era mais comum em pessoas obesa. Atualmente, essa situação é cada vez mais importante, já que o excesso de gordura corporal pode provocar consequências ao indivíduo que não podem deixar de ser destacadas, como as dislipidemias, doenças biliares, osteoartrite, apnéia do sono, entre outras. Por isso, a obesidade deve ser abordada como um problema duplo para o organismo, já que é uma doença por si própria e também é um fator de risco para várias outras doenças (Ferreira, 2010).

Destaca-se a importância de discutir o tema, orientar hábitos de vida saudáveis e detectar o sobrepeso o mais precocemente possível para diminuir as morbidades e mortalidades e aumentar a qualidade de vida das pessoas.

### Metodologia

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura buscando artigos científicos que descrevessem a obesidade na adolescência, dados epidemiológicos e os fatores de risco relacionados a esta questão. Selecionaram-se artigos publicados a partir de 2008. As bases de dados eletrônicas pesquisadas foram: Scielo-Brasil (*Scientific Eletronic Library Online*), Lilacs (Literatura do Caribe em Ciências da Saúde) e *Medline/Pubmed* via *National Library of Medicine*, no mês de maio de 2014.



Os unitermos utilizados estiveram de acordo com sua definição no DecS (Descritores em Saúde) e foram “obesidade” *and* “adolescência”.

Como critério de exclusão definiu-se não analisar artigos com resultados exclusivos para desfechos nas idades adulta ou pré-escolar, por não serem as faixas etárias de interesse.

Foram encontrados 25 artigos e, após a leitura dos resumos, foram selecionados 17 artigos, que foram incluídos revisão.

Resultados e Discussão

Melo (2011) afirma que o aumento do Índice de Massa Corporal (IMC) é inversamente proporcional à qualidade de vida de crianças e adolescentes, pois traz perigos à saúde e possibilidades de morbidade.

Para detectar sobrepeso e obesidade em adolescentes, além dos parâmetros antropométricos e de composição corporal é importante considerar não apenas a idade cronológica, mas também o estágio de maturação sexual (Pinto, 2010).

Não é surpresa que a obesidade aumenta o surgimento tanto da doença cardiovascular quanto da doença renal crônica. Um dado não só epidemiológico, mas um problema médico e social em muitos países desenvolvidos (Rutkowski, 2013).

Nos EUA, durante as últimas três décadas, a prevalência de obesidade em crianças e adolescentes mais do que dobrou, com prevalências de 31,9% e 16,3% de sobrepeso e obesidade, respectivamente, entre os anos de 2003 e 2006. No Brasil, as taxas de adolescentes com excesso de peso seguiram também tendência crescente nos últimos 20 anos, com prevalência de 7,7% na década de 1980 para ambos os sexos. Essa taxa atingiu 17,9% para meninos e 15,4% para meninas na última pesquisa nacional entre 2002 e 2003 (Lavrador, 2011).

Duarte (2010) destaca que algo interessante no diagnóstico da obesidade é que, quanto mais precoce em crianças e adolescentes, diferentemente em adultos, maior a possibilidade de complicações, já que os jovens têm uma resposta melhor ao processo de reparação.

Estudos com dados representativos com prevalência de sobrepeso/obesidade ainda são escassos. Na Região Nordeste como um todo e em Pernambuco, foram realizados alguns estudos, mas com populações muito específicas tais como: recrutas do Exército, moradores de favelas e estudantes de escolas (Tassitano, 2009).

Identificar os fatores associados à ocorrência da obesidade é importante porque pode auxiliar a detecção precoce e o planejamento de intervenções para obtenção de uma melhor resposta. Vários são os fatores associados, entre eles: hipertensão arterial, diabetes mellitus, constipação intestinal (em adultos), entre outros.

Souza (2010) destaca que a prevalência de sobrepeso e obesidade nos adolescentes (de 10 a 19 anos) portadores de HAS cadastrados no sistema Hiperdia/Datasus variou de 41,09% a 67,33%, demonstrando a importante associação entre excesso de peso e HAS nesse grupo.

Estudos mostram que há associação entre obesidade e sintomas gastrointestinais e, especialmente, constipação no caso dos adultos. Porém, no que diz respeito às crianças, são poucas as publicações que avaliam essa associação (Faleiros, 2008).

Muitas pesquisas têm demonstrado que a obesidade central é um fator de risco para diabetes tipo 2, dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica e doença arterial coronariana. (Griz, 2010). Também já foi observado ganho excessivo de peso em portadores de DM1 em tratamento intensivo com insulina (Liberatore, 2008).

Segue tabela demonstrado estudos pesquisados neste trabalho e resultados mais relevantes.

<i>Autor/Ano</i>	<i>Desenho do Estudo</i>	<i>Resultados relevantes</i>
CASONATTO  /2011	Estudo Descritivo	Houve associação entre obesidade abdominal e Pressão Arterial Elevada tanto em meninos quanto em meninas;  Indivíduos com obesidade abdominal apresentaram valores médios de Pressão Arterial Sistólica significativamente maiores do que aqueles com Circunferência de Cintura normal.
DUARTE  /2010	Busca eletrônica de artigos	Prevalência de Síndrome Metabólica em estudos realizados com crianças e adolescentes:  2003- 28,7%  2004- 30%  2006- 21%  Prevalência de esteatose hepática em crianças com sobrepeso e obesidade em estudos pesquisados:  2004- 24%  2005- 55,7%

		2006- 44%
FALEIROS /2008	Estudo Retrospectivo	<p>Para as variáveis sociodemográficas e clínicas, não houve diferença estatisticamente significativa entre os subgrupos sobrepeso/obesidade e eutrofia;</p> <p>A prevalência de crianças constipadas com sobrepeso/obesidade foi de 24,4%.</p>
FARIAS /2008	Estudo Transversal	<p>A prevalência de sobrepeso/obesidade foi 10%, mostrando-se mais elevada nos rapazes do que nas moças (13,5% vs 7,4%, razão de prevalência <math>[RP]=1,82</math>; <math>IC95\%=1,42-2,32</math>) e dissociada da idade em ambos os sexos;</p> <p>Maior probabilidade de sobrepeso/obesidade nos rapazes que pertenciam às classes econômicas mais elevadas (<math>RP=2,75</math>; <math>IC95\%=1,56-4,82</math>); Probabilidade de sobrepeso/obesidade foi menor nas moças cujos pais apresentavam maior nível de escolaridade (<math>RP=0,42</math>; <math>IC95\%=0,21-0,87</math>).</p>
FERREIRA /2010	Estudo Analítico Transversal	<p>Número maior de indivíduos do gênero feminino;</p> <p>Maior concentração de indivíduos está na faixa etária dos 9 aos 12 anos;</p> <p>Número expressivamente maior de indivíduos normotensos;</p> <p>Grande diferença entre os valores medianos dos indivíduos hipertensos em relação aos normotensos.</p>
GRIZ /2010	Estudo Transversal	<p>Prevalência de obesidade central em de 10,2% (utilizando percentil&gt;90);</p> <p>A média do IMC foi de 21,14 kg/m<sup>2</sup> e 3,7% eram obesos.</p>
LAVRADOR /2011	Estudo Transversal	Os adolescentes com maior grau de obesidade apresentaram maiores frequências de alterações para glicemia, HOMA-IR, triglicérides, HDL e pressão arterial ( $p<0,05$ ).
LIBERATORE /2008	Estudo Transversal Descritivo	Dentre os 77 pacientes, 65 eram eutróficos (39 meninas e 26 meninos), seis tinham sobrepeso (duas meninas e quatro meninos) e seis eram obesos (três meninas e três meninos).
MARTIN /2011	Levantamento de artigos	<p>América do Norte:</p> <p>EUA – Verificou que, ao nascer, tanto no comprimento como no peso houve um <i>deficit</i> de 0,5 Desvio-Padrão (DP) da média em relação ao grupo-controle;</p> <p>Europa:</p> <p>Inglaterra - Constatou-se tendência para o sobrepeso, iniciada na infância até os 14 anos de idade, além de ter sido verificado que 30% das crianças com 10 anos de idade apresentaram IMC acima do P91 e 20% superior ao P98 em relação à população geral;</p> <p>Oriente Médio:</p> <p>Arábia Saudita - O pesquisador destacou que o <i>deficit</i> de peso era mais frequente em crianças menores de 2 anos com Síndrome de Down, havendo preponderância para o sobrepeso depois dos 3 anos.</p>
MELO /2011	Estudo Transversal	<p>As crianças e adolescentes com sobrepeso, obesidade e eutrofia apresentavam idade média, respectivamente, de 11,1 anos (<math>DP=0,74</math>), 10,9 anos (<math>DP=1,15</math>); 10,9 anos (<math>DP=1,10</math>), com variação entre 9 e 12 anos;</p> <p>Não foram encontradas diferenças significantes de acordo com o sexo e as séries segundo os estados nutricionais;</p> <p>Das 62 crianças e adolescentes com obesidade, 38 (61,3%), 17 (27,4%) e 7 (11,3%) foram classificadas como obesidade leve,</p>

		moderada e grave, respectivamente.
MENDONÇA /2010	Estudo Transversal Descritivo	Identificados 116 estudantes com sobrepeso e 56 estudantes com obesidade;  Houve associação significativa entre obesidade e estudantes com idade de sete a nove anos quando comparados com os de 10 a 13 anos ( $p<0,04$ ) e com os de 14 a 17 anos ( $p<0,02$ ).
PERES /2010	Estudo Transversal Exploratório	Em relação ao peso corpóreo, 55,93% apresentaram normal, 35,59% baixo peso e 8,47% préobesos, nas escolas particulares. Nas escolas públicas, 52,03% apresentaram normal, baixo peso 41,22%, pré-obesos 4,73% e obesos 2,03%; não houve diferença significativa ( $p=0,45$ ).
PINTO /2010	Estudo Transversal	A prevalência de sobrepeso foi de 15,9%  e obesidade de 4,5%, totalizando 20,4%  de adolescentes com excesso de peso;  A obesidade abdominal foi diagnosticada em 12,6% dos escolares;  Comparando-se os indicadores IMC, CC e RCEst, enquanto variáveis contínuas, as adolescentes do sexo feminino que maturaram precocemente apresentaram medianas maiores ( $p<0,05$ ) para todos os indicadores avaliados quando comparadas as que apresentaram maturação sexual normal/tardia.
ROSSI /2010	Revisão Sistemática	Uso de diferentes critérios diagnósticos para a avaliação do sobrepeso e obesidade e também diferentes categorizações da variável peso ao nascer ;  O IMC/Idade foi o índice antropométrico mais utilizado;  Quanto ao peso ao nascer, prevaleceu a utilização de z-escores ou tercis e quartis.
RUTKOWISK /2013	Estudo Sopkard 15	8,1% de excesso de peso e 8% de obesidade nos adolescentes participantes da pesquisa;  IMC anormal significativa e mais presentes em meninas do que meninos;  Detectado pré-hipertensão em 9,1% e hipertensão em 7,7%.
SOUZA /2010	Estudo Transversal	Foram avaliados 1.253 estudantes (547 do sexo masculino, média de idade $12,4 \pm 2,9$ anos), e identificou-se uma prevalência de obesidade (IMC, PCT, CC), respectivamente, de 13,7%, 14,8% e 9,3%.
TASSITANO /2009	Estudo Transversal	A prevalência de sobrepeso e obesidade foi de 11,5% (IC95%: 10,7-12,8) e 2,4% (IC95%: 1,7-2,7), respectivamente;  Não se observou diferença significativa entre a proporção de moças e rapazes classificados como casos de “sobrepeso” e de “obesidade”.

## Conclusão

O sobrepeso e a obesidade representam um grave problema de Saúde Pública da atualidade, causando gastos com tratamento da doença e suas complicações e muitas mortes. Os dados disponíveis até o momento demonstram que esse problema é grave, não só em adultos, mas em crianças e adolescentes.

A literatura pesquisada, mostrou vários fatores associados com a obesidade e suas complicações como diabetes tipo 1 e 2, hipertensão arterial, dislipidemia, doença renal crônica, doença coronariana, entre outros.

Destaca-se a importância dos profissionais de educação e saúde para a orientação de hábitos de vida saudáveis (alimentação e atividade física, principalmente), detecção o mais precoce possível do sobrepeso para que o tratamento inicie o quanto antes e muitas complicações sejam evitadas, inclusive a morte.

Mais estudos são necessários para melhor caracterizar a epidemiologia do sobrepeso e da obesidade na adolescência, sobretudo em nossa região, onde



existem poucos estudos sobre o assunto.

## Referências

- CASONATTO, J.; OHARA, D.; CHISTIFARO, D. G. D.; FERNANDES, R. A.; MILANEZ, V.; DIAS, D. F.; FREITAS, I. J.; OLIVEIRA, A. R. Pressão arterial elevada e obesidade abdominal em adolescentes. *Rev Paul Pediatr*, São Paulo, vol.24, n.4, pp 567-571, 2011.
- DUARTE, M. A. S. M.; SILVA, G. A. P. Obesity in children and adolescents: the relation between metabolic syndrome and non-alcoholic fatty-liver disease. *Rev Bras Saúde Matern Infant*, Recife, vol.10, n.2, pp 171-181, 2010.
- FALEIROS, F. T. V., OMAE, C. C.; NAKAZAWA, C. Y.; CARVALHO, M. A.; MACHADO, N. C. Prevalência de sobrepeso/obesidade em crianças e adolescentes com constipação crônica funcional. *Rev Paul Pediatr*, São Paulo, vol.26, n.4, pp 357-360, 2008.
- FARIAS, J. C.; SILVA, K. S. Sobrepeso/Obesidade em adolescentes escolares da cidade de João Pessoa- PB: prevalência e associação com fatores demográficos e socioeconômicos. *Rev Bras Med Esporte*, Niterói, vol.14, n.2, pp 104-108, 2008.
- FERREIRA, J. S.; AYDOS, R. D. Prevalência de hipertensão arterial em crianças e adolescentes obesos. *Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol.15, n. 1, pp 97-104, 2010.
- GRIZ, L.H.M.; VIEGAS, M.; BARROS, M.; GRIZ, A. L.; FREESE, E.; BANDEIRA, F. Prevalence of central obesity in a large sample of adolescents from public schools in Recife, Brazil. *Arq Bras Endocrinol Metab*, São Paulo, vol.54, n.7, pp 607-611, 2010.
- LAVRADOR, M. S. F.; ABEES, P. T.; ESCRIVÃO, M. A. M. S.; AGUIAR, J. A. Riscos cardiovasculares em adolescentes com diferentes graus de obesidade. *Arq Bras Cardiol*, São Paulo, vol.96, n.3, pp 205-211, 2011.
- LIBERATORE, R. D. R. J.; DEMARTINI, A. A. C.; ONO, A. H. A.; ANDRADE, G. C. Prevalência de obesidade em crianças e adolescentes com diabetes melito tipo 1. *Rev Paul Pediatr*, São Paulo, vol.26, n.2, pp 142-145, 2008.
- MARTIN, J. E. S. S.; MENDES, R. T.; HESSEL, G. Peso, estatura e comprimento em crianças e adolescentes com síndrome de Down: análise comparativa de indicadores antropométricos de obesidade. *Rev Nutr*, Campinas, vol.24, n.3, pp 485-492, 2011.
- MELO, T. R.; JANSEN, A. K., PINTO, R. M. C., MORALES, R. R., MORALES, N. M., PRADO, M. M., SILVA, C. H. M. Qualidade de vida de cuidadores de crianças e adolescentes com sobrepeso ou obesidade. *Rev Esc Enferm*, São Paulo, vol.45, n.2, pp 319-326, 2011.
- MENDONÇA, M. R. T.; SILVA, M. A. M.; RIVERA, I. R.; MOURA, A. A. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes da cidade de Maceió. *Rev Assoc Med Bras*, São Paulo, vol.56, n.2, pp 192-196, 2010.
- PERES, S. H. C. S.; SANT'ANNA, R. M. F.; SILVA, H. M.; PERES, A. C. S.; SILVA, R. P. R.; LAURIS, J. R. P.; BASTOS, J. R. M. Prevalência de sobrepeso e obesidade e fatores associados em adolescentes na região centro-oeste do estado de São Paulo. *Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol.15, n.2, pp 3175-3184, 2010.
- PINTO, I. C. S.; ARRUDA, I. K. G.; DINIZ, A. S.; CAVALCANTI, A. M. T. S. Prevalência de excesso de peso e obesidade abdominal, segundo parâmetros antropométricos, e associação com maturação sexual em adolescentes escolares. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol.26, n.9, pp 1727-1737, 2010.
- ROSSI, C. E.; VASCONCELOS, F. A. G. Peso ao nascer e obesidade em crianças e adolescentes: uma revisão sistemática. *Rev Bras Epidemiol*, São Paulo, vol.13, n.2, pp 246-258, 2010.
- RUTKOWSKI, B.; CZARNIAK, P.; KROL, E.; SZCZESNIAK, P.; ZDROJEWSKI, T. Overweight, obesity, hypertension and albuminuria in Polish adolescents- results of Sopkard 15 study. *Neprol Dial Transplant*, vol.28, n.4, pp 204-211, 2013.
- SOUZA, M. G. B.; RIVERA, I. R.; SILVA, M. A. M.; CARVALHO, A. C. C. Relação da obesidade com a pressão arterial elevada em crianças e adolescentes. *Arq Bras Cardiol*, São Paulo, vol.94, n.6, pp 714-719, 2010.
- TASSITANO, R. M.; BARROS, M. V. G.; TENORIO, M. C. M.; BEZERRA, J.; PEDRO, C. H. Prevalência e fatores associados ao sobrepeso e à obesidade em adolescentes, estudantes de escolas de ensino médio em Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol.25, n.12, pp 2639-2652, 2009.

## Organização do processo de trabalho do NASF como dispositivo estratégico de apoio matricial na Atenção Básica em Minas Gerais.

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

Lucas Dias Soares Machado – Escola de Saúde Pública do Ceará

Kelly Fernanda Silva Santana - Escola de Saúde Pública do Ceará

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

Autor 5 – Instituição

Autor 6 (Orientador) – Instituição

*Palavras-chave :NASF; apoio matricial; saúde da família; atenção básica*

### Resumo

A Atenção Básica é eixo estruturante do Sistema Único de Saúde e tem no NASF um dos seus dispositivos estratégicos para a melhoria da qualidade do serviço, aumentando o escopo das ações. O estudo surgiu com a realização da tutoria em uma das quinze turmas no estado de Minas Gerais do curso Apoio Matricial na Atenção Básica com ênfase nos NASF. Utilizou-se o trabalho de fechamento da Unidade Educacional (UA) I, contendo as microintervenções contextualizadas feitas por 20 educandos em seu local de atuação com a equipe. Cada UA possui uma tríade pedagógica contendo três momentos, sendo o primeiro o dispositivo disparador realizado em sala de aula, o segundo a microintervenção contextualizada para ser aplicada em seu local de atividades e a terceira que é a oferta de ferramentas que serviram de referencial teórico. Os educandos tiveram um intervalo de 45 dias para aplicar as microintervenções e fomos dialogando por meio de chat, fóruns e uma reunião presencial, na qual discutimos de forma detalhada as intervenções, seus avanços e dificuldades na aplicação de cada uma. As microintervenções contextualizadas traziam a implantação do NASF, as agendas e os fluxos e pactos de trabalho. O estudo mostra que a grande maioria teve dificuldade na implantação; dificuldade em montar as agendas e o desconhecimento do fluxo por parte dos profissionais da atenção básica. O curso deixa o legado da organização destas ações que já visualizamos mudanças em alguns municípios e o educando com a missão de continuar movimento em sua rotina de trabalho.

### Introdução

Um dos maiores exemplos de política pública no Brasil é sem dúvida o Sistema Único de Saúde-SUS. Ele é fruto de debates e lutas democráticas na sociedade civil e nos espaços institucionais do Estado brasileiro, onde há inúmeros desafios a enfrentar como financiamento, força de trabalho, modelo de gestão e de atenção. Nessa perspectiva, destacamos o caráter estruturante e estratégico que Atenção Básica pode e deve ter na constituição das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2011). A Atenção Básica é o eixo estruturante do Sistema Único de Saúde-SUS, sendo assim o Ministério da Saúde- MS vem trabalhando essa política que enfrenta os principais nós críticos, enquanto coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de atenção. Brasil (2012) discorre sobre a Atenção Básica em seu desenvolvimento com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, devendo estar às ações próximas da vida do usuário. Afirma que deve ser o contato e a porta de entrada preferencial, sendo o centro de comunicação para toda a Rede de Atenção à Saúde. O NASF nesse contexto constitui-se como um dispositivo estratégico para melhoria da qualidade na Atenção Básica, ampliando o escopo de ações através do compartilhamento de saberes e sua resolubilidade. Conforme a PNAB (BRASIL, 2011), os NASF são equipes multiprofissionais de diferentes profissões e especialidades, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais de Saúde da Família- SF e das equipes de Atenção Básica. Conforme Brasil (2014), as ações do NASF são orientadas pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial, integrando a equipe SF como também outros profissionais de conhecimentos diferentes dos profissionais das equipes da AB, constituindo-se em retaguarda especializada, trabalhando duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógica. Desde sua criação em 2008, o seu trabalho é orientado pelas diretrizes da AB, apoiando as equipes na produção do cuidado continuado e longitudinal, próximo da população e na perspectiva da integralidade. Assim teremos ações eficazes que aumenta a autonomia do indivíduo, reduz danos e vulnerabilidades. Visando direcionar estas ações foi proposto pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), juntamente FIOCRUZ, Departamento de Atenção Básica (DAB) e o MS, uma parceria firmada para a construção coletiva do Curso de Apoio Matricial na Atenção Básica, com Ênfase nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, tendo o objetivo de gerar reflexão, problematização e qualificação para os profissionais da atenção básica/primária da saúde na modalidade semipresencial. O curso com ênfase no NASF é considerado uma estratégia educacional de alta relevância de abrangência nacional que se destina aos profissionais do NASF, gestores da atenção básica e profissionais de outros serviços que fazem apoio matricial. Possui como estratégia pedagógica a ideia que o sujeito é agente ativo do seu próprio conhecimento, realizando a sua construção através da interação com o outro. Possui como pressupostos pedagógicos a tríade pedagógica a ser trabalhada nas IV Unidades de Aprendizagem que compõe o curso. Este trabalho trás como objetivo perceber as mudanças conquistadas com a aplicação da tríade pedagógica durante dois meses do curso em uma das quinze turmas do Estado de Minas Gerais.

### Metodologia

Estudo do tipo exploratório-descritivo, sendo sua abordagem qualitativa. Tendo como cenário da pesquisa o Curso de Aperfeiçoamento de Apoio Matricial na Atenção Básica com Ênfase nos NASF no Estado de Minas Gerais que possui em funcionamento quinze turmas, tendo iniciado em maio de 2014 e termino para dezembro do mesmo ano, está sendo ofertado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca em parceria com a FIOCRUZ, EAD e o MS. A pesquisa foi realizada com uma ficha de avaliação após o primeiro encontro presencial em maio e o segundo em julho deste ano, na cidade de Belo Horizonte- MG. Os sujeitos que participaram da pesquisa são os 20 educandos devidamente matriculados pela FIOCRUZ, sendo todos profissionais com atuação diretamente no NASF, composto pelos seguintes profissionais: 01 nutricionista, 01 odontólogo, 02 assistentes sociais, 02 fonoaudiólogos, 02 enfermeiros, 05 psicólogos e 07 fisioterapeutas. A coleta das informações foi impulsionada através da elaboração da primeira atividade obrigatória na qual os educandos tem que suscitar a reflexão sobre a implantação do NASF, problematizando a (re) organização das agendas, desencadear reflexões sobre o apoio matricial e avaliar os processos de trabalho levando em conta as microintervenções contextualizadas. Esta análise reflexiva deveria ser postada até a data 28/07 na plataforma da FIOCRUZ. Nas análises dos resultados utilizamos o método da análise das informações do sujeito, baseado em cada tríade pedagógica proposta pelo curso. O mesmo instrumento também servirá de avaliação para as ações desenvolvidas durante o curso no Estado de Minas pelos tutores. A tríade pedagógica é composta por três momentos, sendo primeiro o dispositivo disparador (trabalhado em sala), segundo a proposta de microintervenção contextualizada (trabalhada no local de trabalho de cada educando e sua equipe) e terceiro a oferta de ferramenta para a ação (sugestão de referenciais teóricos para ser pesquisado e ajudará na intervenção). O curso propõe na primeira tríade trabalhar a proposta de microintervenção contextualizada 1 que consiste em compartilhar uma experiência refletida de implantação do NASF com a sua equipe de trabalho. Na segunda tríade pedagógica a proposta da microintervenção contextualizada 2 solicita que o educando deve, (re)pensar da agenda com os colegas de trabalho e na microintervenção contextualizada 3 solicita revisitar os fluxos e pactos de trabalho das equipes em que estão inseridos. Todos os educandos tiveram um prazo de dois meses para aplicar a microintervenção em seu local de trabalho, convidando e articulando toda a equipe da AB para participar. As discussões das intervenções eram acompanhadas pelo tutor e todos os educandos através da EAD em uma plataforma de interação e no nosso segundo momento presencial que teve duração de dois dias.



## Resultados e Discussão

Embasado na ficha de avaliação que pergunta a opinião e sugestão das atividades desenvolvidas em cada Unidade Educacional- UA do curso, os educandos discorrem as suas considerações. Na UA I na primeira microintervenção contextualizada, relato de 09 profissionais que ao participar do processo de implantação do NASF teve um direcionamento por parte da Gestão de como iria funcionar o trabalho juntamente com a equipe da ESF e equipamentos de apoio, sendo relatada uma fala que destaca esse momento. EDUCANDO 1: “Em minha equipe pude constata que foi feito tudo dentro do passo a passo para essa política de saúde.”; EDUCANDO 2: “A implantação ocorreu a partir de discussões entre profissionais e coordenação do NASF, para planejamento e organização do processo de trabalho ( definição da divisão de núcleos, planejamento da agendas, estratégias para apresentação do NASF às UBS, criação de formulários). Os 11 (onze) educandos constatarem uma realidade diferente, aonde não houve apoio e direcionamento por parte da gestão. EDUCACANDO 3: “Não tive nem uma orientação e ninguém da ESF teve, tive que busca sozinha.”; EDUCANDO 4: . Muitos dos membros da ESF já estavam no serviço quando o NASF foi implantado e com as três equipes que conversei, a resposta foi muito semelhante: quem estava presente no momento da implantação do NASF não tinha clareza do que era o NASF e como o NASF iria atuar no território sendo responsável pelo apoio a mais de um Centro de Saúde (CS).” Observamos que a organização da implantação do núcleo tem uma crescente na organização das ações quando a ESF e os próprios profissionais dos NASF conhecem o seu papel de atuação, bem com pode estar realizando o apoio matricial frente as necessidades da equipe. Referente à segunda microintervenção contextualizada que traz a construção das agendas, tivemos relatos de agendas operantes, cabendo à equipe mesmo assim sempre analisar o seu funcionamento. Foi relatado por quatro educandos que a equipe classificou a agenda operante e com boas pactuações. EDUCANDO 1:” Após discussão, chegou-se a conclusão que a agenda conjunta é apropriada ao trabalho dinâmico do NASF, pois pode-se organizar os horários de todos os profissionais de acordo com sala disponível e prioridade de atendimentos, separar horários para reuniões com as equipes de saúde da família (ESF), com o próprio NASF e deixar reservado os horários de grupos.”; EDUCANDO 2: “Na opinião da coordenadora do NASF, a agenda deveria ser coletiva porque quando se tem uma agenda individual fica difícil agendar para os outros profissionais, bem como conhecer a agenda de cada profissional.”; Algumas agendas não só são operantes mas como a equipe consegue ter uma estratégia de trabalho focada nela, não deixam de ter a as importância de serem revistas pela própria equipe. Os outros dezesseis educandos ao avaliar as suas agendas com os profissionais da equipe destacam as dificuldades que vem encontrando em formatá-las e também em construir os fluxos dessas com as ESF, cabendo repensar a organização das agendas. EDUCANDO 3: “Para isto, avalio ser necessário primeiro qualificar o matriciamento. A fim de criar condições de discussão e reflexão sobre a agenda do NASF, enquanto coordenação pactuei com a equipe NASF durante as reuniões gerais de Julho, onde lemos o primeiro capítulo do CAB 39, que dois núcleos farão apresentação sobre o capítulo 2 do CAB 39.”; EDUCANDO 4: “Esse modelo torna possível o profissional ver toda a estrutura de trabalho da equipe inteira de uma vez, facilitando a comunicação e o manejo das ações do NASF. Afirmam que as agendas mesmo estando trabalhando o individual, visitas e grupos precisam melhorar em alguns aspectos.” Alguns já conseguiram avançar nessa proposta de mudança das agendas enquanto outros ainda estão tentando montar a agenda discutida nas reuniões. O trabalho da montagem de grupos é relatado como um desafio principalmente para os NASF que estão muito tempo com o atendimento da agenda voltado apenas a consulta individual, temos a carga horária como outro fator de organização da agenda para cumprimento das atividades. Na terceira microintervenção contextualizada obtivemos relatos de 15 educandos que tem dificuldade no encaminhamento dos fluxos e pactos de trabalho. EDUCANDO 1: “Ao analisar o fluxo de trabalho juntamente com a equipe do NASF aqui pautamos que realmente precisamos reestabelecer esse fluxo junto com a ESF existe profissionais da equipe que tem dificuldades de reconhecer e identificar o seguimento do fluxo dentro da rede de saúde.”; os 05 educando possui uma certa organização dos pactos, EDUCANDO 2: “Ao analisar o fluxo de trabalho juntamente com a equipe do NASF aqui pautamos que realmente precisamos reestabelecer esse fluxo junto com a ESF existe profissionais da equipe que tem dificuldades de reconhecer e identificar o seguimento do fluxo dentro da rede de saúde.” Os educandos já estão se articulando com os seus gestores para organizar os fluxos visando um melhor atendimento, bem como redução de escala.

## Conclusão

Embasado na ficha de avaliação que pergunta a opinião e sugestão das atividades desenvolvidas em cada Unidade Educacional- UA do curso, os educandos discorrem as suas considerações. Na UA I na primeira microintervenção contextualizada, relato de 09 profissionais que ao participar do processo de implantação do NASF teve um direcionamento por parte da Gestão de como iria funcionar o trabalho juntamente com a equipe da ESF e equipamentos de apoio, sendo relatada uma fala que destaca esse momento. EDUCANDO 1: “Em minha equipe pude constata que foi feito tudo dentro do passo a passo para essa política de saúde.”; EDUCANDO 2: “A implantação ocorreu a partir de discussões entre profissionais e coordenação do NASF, para planejamento e organização do processo de trabalho ( definição da divisão de núcleos, planejamento da agendas, estratégias para apresentação do NASF às UBS, criação de formulários). Os 11 (onze) educandos constatarem uma realidade diferente, aonde não houve apoio e direcionamento por parte da gestão. EDUCACANDO 3: “Não tive nem uma orientação e ninguém da ESF teve, tive que busca sozinha.”; EDUCANDO 4: . Muitos dos membros da ESF já estavam no serviço quando o NASF foi implantado e com as três equipes que conversei, a resposta foi muito semelhante: quem estava presente no momento da implantação do NASF não tinha clareza do que era o NASF e como o NASF iria atuar no território sendo responsável pelo apoio a mais de um Centro de Saúde (CS).” Observamos que a organização da implantação do núcleo tem uma crescente na organização das ações quando a ESF e os próprios profissionais dos NASF conhecem o seu papel de atuação, bem com pode estar realizando o apoio matricial frente as necessidades da equipe. Referente à segunda microintervenção contextualizada que traz a construção das agendas, tivemos relatos de agendas operantes, cabendo à equipe mesmo assim sempre analisar o seu funcionamento. Foi relatado por quatro educandos que a equipe classificou a agenda operante e com boas pactuações. EDUCANDO 1:” Após discussão, chegou-se a conclusão que a agenda conjunta é apropriada ao trabalho dinâmico do NASF, pois pode-se organizar os horários de todos os profissionais de acordo com sala disponível e prioridade de atendimentos, separar horários para reuniões com as equipes de saúde da família (ESF), com o próprio NASF e deixar reservado os horários de grupos.”; EDUCANDO 2: “Na opinião da coordenadora do NASF, a agenda deveria ser coletiva porque quando se tem uma agenda individual fica difícil agendar para os outros profissionais, bem como conhecer a agenda de cada profissional.”; Algumas agendas não só são operantes mas como a equipe consegue ter uma estratégia de trabalho focada nela, não deixam de ter a as importância de serem revistas pela própria equipe. Os outros dezesseis educandos ao avaliar as suas agendas com os profissionais da equipe destacam as dificuldades que vem encontrando em formatá-las e também em construir os fluxos dessas com as ESF, cabendo repensar a organização das agendas. EDUCANDO 3: “Para isto, avalio ser necessário primeiro qualificar o matriciamento. A fim de criar condições de discussão e reflexão sobre a agenda do NASF, enquanto coordenação pactuei com a equipe NASF durante as reuniões gerais de Julho, onde lemos o primeiro capítulo do CAB 39, que dois núcleos farão apresentação sobre o capítulo 2 do CAB 39.”; EDUCANDO 4: “Esse modelo torna possível o profissional ver toda a estrutura de trabalho da equipe inteira de uma vez, facilitando a comunicação e o manejo das ações do NASF. Afirmam que as agendas mesmo estando trabalhando o individual, visitas e grupos precisam melhorar em alguns aspectos.” Alguns já conseguiram avançar nessa proposta de mudança das agendas enquanto outros ainda estão tentando montar a agenda discutida nas reuniões. O trabalho da montagem de grupos é relatado como um desafio principalmente para os NASF que estão muito tempo com o atendimento da agenda voltado apenas a consulta individual, temos a carga horária como outro fator de organização da agenda para cumprimento das atividades. Na terceira microintervenção contextualizada obtivemos relatos de 15 educandos que tem dificuldade no encaminhamento dos fluxos e pactos de trabalho. EDUCANDO 1: “Ao analisar o fluxo de trabalho juntamente com a equipe do NASF aqui pautamos que realmente precisamos reestabelecer esse fluxo junto com a ESF existe profissionais da equipe que tem dificuldades de reconhecer e identificar o seguimento do fluxo dentro da rede de saúde.”; os 05 educando possui uma certa organização dos pactos, EDUCANDO 2: “Ao analisar o fluxo de trabalho juntamente com a equipe do NASF aqui pautamos que realmente precisamos reestabelecer esse fluxo junto com a ESF existe profissionais da equipe que tem dificuldades de reconhecer e identificar o seguimento do fluxo dentro da rede de saúde.” Os educandos já estão se articulando com os seus gestores para organizar os fluxos visando um melhor atendimento, bem como redução de escala.

## Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. 20. ed. V. 3. Brasília: CONASS, 2011.  
BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política de atenção básica**. Brasília Ministério da saúde, 2012.  
BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo de apoio à saúde da família**. Brasília Ministério da saúde, 2014.



# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

## Agradecimentos

Agradecemos os educandos que vem participando de forma ativa e construindo mudanças concretas na organização do trabalho e gerando movimento com os profissionais na Atenção Básica.

Agradecemos a FOCRUZ e seus coordenadores do curso por pensar no aperfeiçoamento dos educandos e adotar o CAD. 39 como norteador das nossas ações.

## O atendimento aos idosos em hospitais públicos do Brasil: uma revisão sistemática.

Daysiane Monnalise Diniz Soares Silva – UFCG daysitex@hotmail.com

Samara Silva Gomes – UFCG

Moábia Suerle Silva Oliveira – UFCG

Thaise Tavares Gomes Oliveira – UFCG

Laura Raquel Araújo de Moraes – UFCG

Joana D'arc Lyra Batista - UFCG

*Palavras-chave: Assistência em saúde. Assistência humanizada. Idoso.*

### Resumo

O envelhecimento representa um dos triunfos da humanidade e também um desafio que ocasiona um aumento das demandas sociais e econômicas mundialmente. Emergindo, a necessidade de a equipe de saúde conhecer como o idoso experimenta seu envelhecimento para que assim a assistência seja pautada na recuperação, manutenção e promoção da autonomia e independência por meio do desenvolvimento de ações de saúde individuais e coletivas, tais como a assistência humanizada e o acolhimento. Tem-se o objetivo de analisar o atendimento aos idosos atendidos em hospitais públicos no Brasil. Revisão bibliográfica, elaborada em agosto de 2014 a partir da questão: como está o atendimento prestado à população de idosos em hospitais públicos do Brasil? Os artigos foram selecionados nas seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) realizada via Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Com descritores controlados: “assistência em saúde” “assistência humanizada” e “idoso”. Nos 8 artigos analisados observou-se problemas em relação ao funcionamento das práticas de humanização no país, como a falta de funcionamento do Estatuto do Idoso. Os hospitais preferem discutir sobre novas tecnologias, orçamento financeiro, otimização do uso de leitos a melhorias no atendimento ao usuário. A falta de cuidado aos idosos, capacitação e educação continuada de profissionais são fatos que interferem diretamente na qualidade da assistência aos idosos. As políticas de humanização devem ser colocadas em práticas em todos os âmbitos de atendimento à saúde para que os idosos possam desfrutar dos direitos que os assistem.

### Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial e, no Brasil, as modificações acontecem de forma radical e bastante acelerada, processo que, do ponto de vista puramente demográfico, deve-se unicamente ao rápido e sustentado declínio da fecundidade. As projeções indicam que, em 2025, o Brasil terá a sexta maior população mundial de idosos, correspondendo a aproximadamente 15% do povo brasileiro, ou seja, aproximadamente 30 milhões de pessoas (SOUZA, 2010).

Segundo o censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 2010 a população brasileira atual é de 190.755.199 milhões de pessoas, sendo que 51%, o equivalente a 97 milhões, são mulheres e 49%, o equivalente a 93 milhões, são homens (BRASIL, 2011). O contingente de pessoas idosas, segundo a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso, tem 60 anos a mais, é de 20.590.599 milhões, ou seja, aproximadamente 10,8 % da população total. Desses, 55,5 % (11.434.487) são mulheres e 44,5% (9.156.112) são homens. Caso seja mantida a atual dinâmica, a partir de 2030, o total de idosos/as ultrapassará o número de jovens entre 15 e 29 anos (IPEA, 2010).

Cardoso et al. (2011) diz que a longevidade é um processo natural que vai tornando os idosos vulneráveis ao desenvolvimento de patologias trazendo implicações relevantes tanto para a família, quanto para a comunidade, sistema de saúde e para a vida do próprio idoso.

Monteiro (2013) mostra que estudos de base populacional da população brasileira evidenciam que o processo de envelhecimento em si não está associado ao aumento das despesas médicas, mas o que encarece os gastos são as deficiências e a saúde precária, frequentemente associadas à velhice. Porém, se as pessoas envelhecerem com uma saúde melhor, as despesas médicas, provavelmente, não aumentarão de modo tão rápido, o que permitirá um menor comprometimento de aspectos físicos, sociais, psicológicos e cognitivos, que fazem parte do processo de envelhecimento e geram possíveis impactos na qualidade de vida e na percepção de saúde do indivíduo.

É importante que a atenção ao idoso volte-se principalmente às suas reais necessidades, seja elas, fisiológicas, emocionais, sociais e espirituais. Emerge assim, a necessidade de a equipe de saúde, em especial dos enfermeiros, conhecerem como o idoso experimenta seu envelhecimento para que assim a assistência seja pautada na recuperação, manutenção e promoção da autonomia e independência por meio do desenvolvimento de ações de saúde individuais e coletivas. Visto que, as ações em saúde para o idoso devem objetivar, ao máximo, a manutenção do idoso na comunidade, junto à sua família, da forma mais digna e confortável e humanizada. (TAVARES, 2010).

Para o Ministério da Saúde do Brasil, a Humanização caracteriza-se como um movimento no sentido da concretização dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) na rotina dos serviços, incentivando a valorização de todos os participantes na produção da saúde. Para a sua operacionalização são oferecidos dispositivos, que dentre eles, destaca-se o Acolhimento, caracterizado por um modo de operar os processos de trabalho em saúde, atendendo a todos que procuram os serviços de saúde e assumindo, no serviço, uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas junto aos usuários (BRASIL, 2007).

A atenção integral ao idoso de forma humanizada requer ações de prevenção, promoção e recuperação de saúde, e exige a

participação de uma equipe multidisciplinar, trabalhando desde a prevenção até a reabilitação, atuando na transformação necessária para promover, aperfeiçoar e adaptar, através de uma relação terapêutica, a manutenção da autonomia e independência funcional e social do idoso, contribuindo para um envelhecimento com melhor qualidade de vida (MOZER et al, 2011).

A Política Nacional de Humanização (PNH) (2013) propõe que o acolhimento deve estar presente em todos os momentos do processo de atenção à saúde. Apesar de estar presente em todas as relações humanas, tem-se percebido o não exercício desse acolhimento nas práticas cotidianas. O acolhimento é uma ação que deve favorecer a construção de uma relação de confiança e compromisso com os usuários, com as equipes e os serviços. No acolhimento à pessoa idosa, o profissional deve compreender as questões do processo de envelhecimento, facilitar o acesso dos idosos aos diversos níveis de atenção, estar qualificado e estabelecer uma relação respeitosa com o idoso como, por exemplo: chamá-lo pelo nome, considerar que ele é capaz de compreender as perguntas e as orientações que lhe são atribuídas e se dirigir a ele utilizando-se de uma linguagem clara (BRASIL, 2006).

Para contribuir com uma melhor ampliação e disseminação de estudos sobre o referido tema, considerando o crescente fenômeno do envelhecimento humano e a importância da promoção em saúde no envelhecimento, emana o interesse pelo estudo, buscando melhores e mais adequadas formas de por em prática ações de promoção da saúde na tentativa de fazer cumprir o acolhimento e a Política de humanização no atendimento a pessoa idosa.

Com isso tem-se por objetivo analisar o atendimento prestado à população idosa atendida em hospitais públicos no Brasil.

## Metodologia

Revisão sistemática, elaborada em agosto de 2014 a partir da seguinte questão norteadora: como está o atendimento prestado à população de idosos em hospitais públicos do Brasil? Os artigos foram selecionados a partir de pesquisa bibliográfica nas seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) realizada via Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Utilizou-se como descritores controlados: “assistência de enfermagem” e “assistência humanizada” “idoso”. Os critérios de inclusão foram artigos disponíveis na íntegra, gratuitos, entre 2010 e 2013, por serem os mais recentes, da área de enfermagem, em português que estivessem em consonância com a temática abordada. Excluiu-se editoriais, carta ao editor, artigos repetidos em mais de uma base de dados e que não atenderam aos critérios de inclusão. A busca totalizou 481 publicações e após o refinamento de critérios de inclusão e exclusão, a amostra resultou em 8 artigos. A partir dos artigos selecionados, realizou-se leitura inicial e uma análise crítica dos mesmos.

## Resultados e Discussão

Dos 8 artigos analisados observou-se que foram publicados 2 em 2010, um na Revista Saúde e Sociedade e o outro na Revista Escola Anna Nery, 1 no ano de 2011 na Revista Ciência e Saúde Coletiva, 3 em 2012, sendo dois deles na Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia e um na Revista Ciencia y Enfermería e 2 em 2013, um na Revista Panamericana de Salud Pública e um na Revista Psicologia em Pesquisa. Foram observados problemas em relação ao funcionamento das práticas de humanização em nosso país, como a falta de funcionamento do Estatuto do Idoso, que existe no papel, mas sem prática. Como intervenção diz-se que governantes poderiam criar canais de auxílio que realmente funcionem, além de investirem em algum órgão que absorva a demanda de denúncias que existem. Segundo Silvestre (2010) os hospitais se preocupam mais em discutir sobre novas tecnologias, orçamento financeiro, o fluxo de caixa, construção de novas instalações, otimização do uso de leitos do que melhorar o atendimento ao paciente.

A informatização, rotinas, controles em excesso despersonalizaram as atividades no ambiente hospitalar, tornando as pessoas insensíveis e preocupadas apenas, em cumprir a carga horária, fazer o que está manualizado, afinal, todos os hospitais querem obter a certificação hospitalar, que é absolutamente louvável, desde que obedecidas às características de uma instituição de saúde que trata de pessoas doentes, e que os critérios de qualidade não podem ser de uma indústria com um parque fabril. O humanismo deve ser o cerne do hospital, de onde nunca deveria ter saído. (NERI, 2009)

Em algumas das pesquisas realizadas em hospitais foi comprovado que quando se trabalha com humanização a melhora do ambiente hospitalar traz benefícios como a redução do tempo de internação, aumento do bem estar geral dos pacientes e da equipe e diminuição das faltas de trabalho entre os funcionários, e como consequência o hospital também reduz seus gastos, trazendo benefícios para todos.

Em relação ao acolhimento, a proposta deste, articulada com outras propostas de mudança no processo de trabalho e gestão dos serviços (co-gestão, ambiência, clínica ampliada, programa de formação em saúde do trabalhador, direito dos usuários e ações coletivas) é um dos recursos importantes para humanização dos serviços de saúde. (FRANCO, 2009)

Muitos artigos citaram que na realidade o acolhimento é reprimido pela ausência de condições básicas de receber os usuários respeitando o seu bem privado, suas necessidades particulares, de domínio individual. A configuração física e o modo como são distribuídos os espaços nas unidades de saúde propiciam a exposição e constituem um entrave para acolher. Inerente a questão da privacidade, insere-se a confidencialidade das informações.

Em um dos artigos diz-se que embora o leque de políticas, estatutos e programas que assistem direitos aos idosos ser grande existem inúmeros obstáculos que essas políticas, sejam de fato, concretizadas, o que impede também o cumprimento da equidade, integralidade e universalidade, diretrizes norteadoras do Sistema Único de Saúde (SUS).



## Conclusão

O envelhecimento é um fenômeno extremamente complexo, que pode ser influenciado por inúmeros fatores dos quais ainda permanecem obscuros. A falta de cuidado e de apoio aos cuidadores dos idosos e a falta de capacitação e educação continuada de profissionais são fatos que interferem diretamente na qualidade de vida dos idosos.

Os cuidados para uma pessoa idosa devem visar à manutenção de seu estado de saúde, expectativa de vida ativa, independência funcional e autonomia máxima possível, sendo necessária educação permanente de profissionais, aprimoramento de processos e procedimento e acompanhamento do idoso e sua família.

As políticas de humanização devem ser levadas a sério, respeitadas e colocadas em práticas em todos os âmbitos de atendimento à saúde.

É preciso insistir na cobrança, por parte dos gestores do SUS em providenciar os meios, para que os idosos possam desfrutar de seus direitos, tão bem colocados nos estatutos, políticas e programas dedicados a essa clientela. A capacitação profissional e o investimento da estrutura física dos locais de atendimento, necessários à atenção ao idoso, devem contribuir a um viver mais saudável a esses indivíduos, sendo assim também é responsabilidade dos profissionais de saúde à reivindicação do direito e a prática de um atendimento humanizado.

O aumento da expectativa de vida, propiciado pela evolução dos últimos anos, requer mais atenção por parte do Estado, dos profissionais de saúde e de toda a sociedade. Há de se investir mais na assistência humanizada e acolhedora em hospitais, melhorando o acesso das populações mais carentes à saúde e indo até elas através do atendimento domiciliar, desenvolvendo ações de saúde a fim de possibilitar um envelhecer mais digno. Ao Estado, cabe melhorar o atendimento ao idoso, através da Política Nacional do Idoso (PNI) e rever aposentadorias.

Conhecer os fatores envolvidos nas internações e reinternações nos torna responsáveis por tentar participar de mudanças a médio e longo prazo que possibilitem melhor qualidade de vida aos idosos do futuro.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.395 do Gabinete do Ministro da Saúde. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Portaria nº 2528/GM, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

CARDOSO, C. M. C.; et al. Atendimento à unidade familiar do idoso: experiência multidisciplinar. Estud interdiscipl envelhec. 2011; 16(edição especial): 385 – 394.

FRANCO, T. B.; O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: O caso de Betim. São Paulo: CBCISS, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Sinopse do Senso Demográfico de 2010. Rio de Janeiro, 2011.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. Cuidados com idosos foram discutidos em seminário, 2010.

MOZER, N. M. S.; OLIVEIRA S. G.; PORTELLA M. R. Musicoterapia e exercícios terapêuticos na qualidade de vida de idosos institucionalizados. Estud interdiscipl envelhec. 2011.

NERI, A. L.. As múltiplas faces da velhice no Brasil. Campinas: Alínea, 2009.

SILVESTRE, J. A. Abordagem do Idoso em Programa de Saúde da Família. Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Pública, 2010.

SOUSA, V. C.; Saldanha AA, Araújo LF. Viver com AIDS na terceira idade. Em: Congresso Virtual HIV/AIDS. 2010.

TAVARES, D. M. S.; GUIDETTI G. E. C. B. Saúde MIBM. Características sócio-demográficas, condições de saúde e utilização de serviços de saúde por idosos. Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]. 2008

## **Agradecimentos**

À orientadora, às colegas participantes da elaboração do trabalho, aos recursos disponibilizados pela Universidade Federal de Campina Grande.

## O Processo de Territorialização da Residência Multiprofissional: ferramenta para a promoção da saúde

Anelysse Barbosa Raulino – Assistente Social. Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE). anelysse.85@gmail.com  
Amanda Modesto de Oliveira – Assistente Social. Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE)  
Plínio Oliveira dos Santos – Farmacêutico. Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE)  
Luana Farias Lima – Enfermeira. Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE)  
Jéssica Cynthia Menezes Pitombeira – Nutricionista. Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE)

*Palavras-chave: Territorialização em Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde. Integralidade no Atendimento. Promoção da Saúde.*

### Resumo

O presente trabalho discute sobre a experiência de inserção no cenário de prática e do processo de territorialização vivenciados por uma equipe de residentes multiprofissionais inseridos em um contexto hospitalar de âmbito oncológico. Objetivou-se refletir como o processo de territorialização, proposto pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) aos residentes, propicia à efetivação da promoção da saúde e qualificação da integralidade do cuidado prestado aos pacientes. O percurso metodológico utilizou-se dos objetivos propostos pelo Método-Dialógico-Vivencial. A pesquisa foi de natureza qualitativa, caracterizada como bibliográfica, documental e de campo. Para coleta de dados utilizou-se respectivamente, leitura de obras de autores que discutem a temática ora apresentada; pesquisa em documentos e leis disponíveis em mídias impressas, digitais e eletrônicas; observação sistemática e entrevista semiestruturada. A partir da referida ação foi possível compreender os processos de trabalho existentes no serviço e os fluxos que se configuravam no ambiente hospitalar, viabilizando a observação crítica das ações realizadas e propondo possíveis intervenções nas lacunas encontradas para otimizar a integralidade do cuidado.

### Introdução

A territorialização surge como ferramenta essencial para a atuação do profissional de saúde, pois representa importante instrumento de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde. Sinaliza uma etapa primordial para a caracterização descritiva e analítica das populações humanas, bem como, para avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. Uma vez que as ações de saúde são implementadas sobre uma base territorial detentora de uma delimitação espacial previamente determinada. Portanto, territorializar possibilita criar espaços para o desenvolvimento de práticas de saúde.

A análise do território serve, antes de tudo, como meio operacional para avaliação objetiva das condições criadas para a produção, circulação, residência, comunicação e sua relação com as condições de vida. A identificação desses objetos, seus usos pela população e sua importância para os fluxos das pessoas e de materialidades são de grande relevância para o reconhecimento da dinâmica social, hábitos e costumes, assim como na determinação de vulnerabilidades para a saúde humana.

### Metodologia

O percurso metodológico utilizou-se dos objetivos propostos pelo Método-Dialógico-Vivencial. De acordo Rebouças Júnior e Ximenes (2010), corresponde a um método que tem como fundamentos: o diálogo e a vivência. Através do diálogo, podemos ler e reconhecer as várias realidades presentes no território, com isso, podemos pensar e repensar a realidade, percebendo seus contrassensos, o que possibilita uma ressignificação da mesma, através do diálogo-problematizador.

No tocante a vivência, trata-se de vivenciar o modo de vida hospitalar que consiste em compartilhar junto às pessoas, sentimentos, significados, sentidos que constroem e são construídos pelos sujeitos e estão presentes no espaço do território. (VIGOTSKI, 2002).

Assim, foram visitados sistematicamente os setores existentes no hospital para apreender estrutura, funcionamento, rotinas, fluxos, principais demandas e histórico dos serviços encontrados. Ação, esta, orientada através da aplicação de instrumentais direcionados a equipe multiprofissional e aos usuários do serviço, sendo o primeiro um roteiro de entrevista e o segundo questionário semiestruturado.

Munidos dos instrumentos supracitados realizamos as visitas aos serviços pré-determinados, entrevistando profissionais de diversas categorias, para obter diferentes percepções a respeito do setor, e uma quantidade de usuários que pudesse nos dar precisão sobre o perfil atendido na instituição. Ao fim de cada visita, as equipes de trabalho se reuniam para discutir e socializar as percepções e experiências vivenciadas em cada setor.

Após conhecer os setores pré-estabelecidos, surgiu a necessidade de conhecer outros serviços que compõem o complexo hospitalar para melhor compreender os fluxos, serviços e ações.

Ao decorrer da vivência os dados foram sendo sistematizados e registrados de modo que ao final do processo houve debates e discussões acerca dos fenômenos apreendidos contribuindo para uma reflexão crítica do sistema estrutural da saúde e das atuações que promovessem a produção do cuidado em decorrência de uma prática qualificada e humanizada.

### Resultados e Discussão

A residência multiprofissional se configura como um modalidade de formação profissional, cujos atores constroem a aprendizagem a partir da prática e do exercício profissional, de acordo com Feuerwerker (2009), é uma especialização em serviço ou uma formação em ato. Em outras palavras, a residência é uma modalidade de pós-graduação lato sensu cujo objetivo é desenvolver capacidades e habilidades nos profissionais de saúde trabalhadores do SUS. Um dos objetivos da implantação da residência multiprofissional é



desenvolver o senso de cooperação, intersetorialidade e interdisciplinaridade, tendo em vista a qualificação de jovens profissionais da saúde, tendo em vista a construção de um novo sistema de saúde do Brasil, com a ausência e/ou desconstrução do modelo médico hegemônico.

A atuação interdisciplinar proporciona cuidado integrado ao sujeito, pois abrange a atuação das diversas categorias profissionais da saúde, dentre elas: Serviço Social, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Psicologia e Nutrição. A construção deste processo visa uma prática direcionada para a otimização do serviço de saúde e a qualificação da atenção ao usuário do SUS. Essas ações são desenvolvidas não só com a finalidade de tratamento, reabilitação e cura da doença, mas também, para a promoção da saúde e prevenção agravos.

A Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) abriu um edital de seleção de residentes multiprofissionais, no qual foram ofertadas diversas vagas para a área hospitalar, de saúde da família e saúde coletiva, tanto para Fortaleza quanto para o interior do estado do Ceará. Dentre as vagas destinadas ao âmbito hospitalar, houve: cancerologia, neonatologia, obstetrícia, pediatria, cardiopneumologia, infectologia, neurologia, urgência e emergência; as quais foram formadas pelas diversas categorias profissionais do campo da saúde, tais sejam: serviço social, farmácia, enfermagem, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, odontologia e psicologia.

Ao início do percurso pelos locais de trabalho, os residentes foram convocados a participar e construir um processo de territorialização, a fim de desvelar o cenário da prática na qual irão intervir. Durante a territorialização, os profissionais dividiram-se em quatro equipes e percorreram os mais diversos setores do hospital, conhecendo os fluxos e os demais profissionais que já atuavam na instituição.

## Conclusão

O processo de territorialização dos residentes multiprofissionais da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) se constitui como método efetivo de conhecimento do espaço de atuação dos profissionais, de construção de laços desses sujeitos com outros atores do cenário da prática e de efetivação de uma assistência em saúde mais qualificada e efetiva.

A inserção no cenário de prática, pelos residentes multiprofissionais, durante o período de territorialização, permitiu a incorporação dos saberes e práticas do cotidiano hospitalar, destacando seus fluxos e processos gerenciais e assistenciais, essa apropriação de conhecimentos permite ao profissional nortear e qualificar suas ações quando inseridos nos espaços sócio ocupacionais.

Diante desse contexto, foi possível pontuar as fragilidades e ameaças, bem como, fortalezas dos serviços prestados e a forma como estes influenciam o cuidado proposto ao usuário e vislumbrar possíveis ações que otimizem o desenvolvimento do serviço contribuindo para ações que desenvolvam e efetivem a prática das ações de promoção da saúde.

A construção desta pesquisa não objetiva acabar em si, mas instigar o debate em meio à comunidade acadêmica e ao cenário de prática dos profissionais da saúde, a fim de que seja evidenciado o processo de territorialização como estratégia de promoção da saúde e integralidade do cuidado.

## Referências

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CONESP. Normas para pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Serie Cadernos Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. EC-29. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/emenda29.htm>>. Acesso em: 01 ago. 2010.

\_\_\_\_\_. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2012a.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar. Disponível em: <<http://www.atrofiaespinal.org/download/anvisa.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2012b.

\_\_\_\_\_. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. 2006.

C FEUERWERKER, Laura. No olho do furacão: contribuição ao debate sobre a residência multiprofissional em saúde. Interface, v. 13, n. 28, p. 229-230, jan./mar. 2009. HIZZOTTI, Antonio. Pesquisa Qualitativa em Ciências Humanas e Sociais. Petrópolis: Vozes, 2006.

HADDAD, Ana Estela. Sobre a residência multiprofissional em saúde. Interface, v. 13, n. 28, p. 227-228, jan./mar. 2009.

ICC, Instituto do Câncer de Ceará. História – Serviços. Disponível em: <<http://www.hospcancer-icc.org.br/>>. Acesso em: 19 jul. 2010.

\_\_\_\_\_. Responsabilidade Social. Disponível em: <<http://www.portalicc.org.br/>>. Acesso em: 16 jan. 2013.

LACERDA, Maria Ribeiro et al. Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. Saúde e Sociedade. v. 15, n. 2, p. 88-95, mai/ago, 2006.

MAFRA, Melissa dos Reis P.; CHAVES, Marta Nolasco. O processo de territorialização e a atenção à saúde no Programa Saúde da Família. Fam. Saúde Desenv., v. 6, n. 2, p. 127-133, mai./ago. 2004.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. Serv. Social e Sociedade, São Paulo, n. 107, p. 497-508, jul./set. 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. Hucitec – Abrasco. 3ª ed. São Paulo – Rio de Janeiro, 1995.

NASCIMENTO, D. D. G; OLIVEIRA, M. A. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em saúde da família. Saúde e Sociedade, v. 19, n. 4, São Paulo, out./dez. 2010.

REBOUÇAS JÚNIOR, F.G; XIMENES, V. M. Psicologia Comunitária e Psicologia Histórico-Cultural: Análise e Vivência da Atividade Comunitária pelo Método Dialógico-Vivencial. Pesquisas e Práticas Psicossociais. v.5, n.2, São João del-Rei, ago./dez., 2010.

ROSA, Soraya Diniz; LOPES, Roseli Esquerdo. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. Trabalho Educação e Saúde, v. 7, n. 3, Rio de Janeiro, nov. 2009.

SANTOS, Alexandre Lima; RIGOTTO, Raquel Maria. Território e Territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. Trabalho, Educação e Saúde, v. 8, n. 3, Rio de Janeiro, nov. 2010.

SEVERINO, Antônio Joaquim. Subsídios para uma reflexão sobre novos caminhos da interdisciplinaridade. In Severino, Sá (org). Serviço Social e Interdisciplinaridade: dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão. São Paulo: Cortez, 2000.

VIGOTSKI, L. S. Teoria e método em psicologia. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

## Agradecimentos

À Universidade Estadual do Ceará. À Faculdade Católica Rainha do Sertão. Ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará. À Escola de Saúde Pública do Ceará. À toda a equipe de residentes multiprofissionais. À todos que de alguma forma contribuíram para a construção deste trabalho.



## O Programa de Atendimento Domiciliar do Instituto do Câncer do Ceará, os Desafios da Interdisciplinaridade e o Serviço Social

Amanda Modesto de Oliveira (apresentadora) – Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE). amandamodestodeoliveira@gmail.com  
Professora Doutora Liduina Farias Almeida da Costa (orientadora) – Universidade Estadual do Ceará (UECE)

*Palavras-chave: Interdisciplinaridade. Serviço Social em Saúde. Assistência Domiciliar. Cuidados Paliativos. Avaliação de Políticas Públicas.*

### Resumo

O trabalho trata das possibilidades e limites da interdisciplinaridade no Programa de Atendimento Domiciliar (PAD) do Instituto do Câncer do Ceará (ICC). Originou-se de pesquisa realizada nesse programa que consiste em trabalho interdisciplinar de “cuidados paliativos”. As demandas direcionadas à equipe relacionam-se à morte e a equipe tem o objetivo de cuidar, ética e profissionalmente, dos pacientes em condições de finitude, buscando lhes proporcionar uma morte digna e tranquila, e possibilitar a preparação da família diante das perdas. Outras demandas ao serviço social relacionam-se à assistência social, à previdência social e à dinâmica familiar. As respostas expressam um trabalho mediado por saberes e habilidades teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas, configurando um exercício profissional qualificado e humanizado. A interdisciplinaridade no PAD/ICC propicia a humanização do atendimento, devido à contribuição específica, comprometida e especializada de cada profissional da equipe, porém sempre em interlocução com os demais profissionais e, portanto, com outros saberes.

### Introdução

A temática da interdisciplinaridade é objeto das muitas reflexões direcionadas à crítica sobre a fragmentação do saber e seus efeitos negativos sobre a efetivação de políticas e programas de corte social, especialmente no campo da saúde, assim como ao entendimento de uma perspectiva totalizante do conhecimento que propicie o compartilhamento do saber, visando uma melhor qualificação do trabalho em equipe. Por sua vez, o Código de Ética do Assistente Social, os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde e as Atribuições Privativas do (a) Assistente Social deixam claro que o trabalho em equipe não extingue as particularidades profissionais de cada categoria, nem mescla as obrigações de cada profissional e que o trabalho interdisciplinar fortalece a equipe, a qual adquire mais unidade apesar de suas diferenças, pois cada profissional ao trabalhar em equipe precisa ter clareza sobre sua identidade e suas atribuições próprias. Assim, apesar de vários profissionais trabalharem com um objeto comum, cada um tem competências e habilidades distintas, logo, terão questionamentos, análises e interpretações diferenciadas sobre o mesmo.

### Metodologia

Este artigo tem suporte em pesquisa, cujo objeto relacionou-se às possibilidades e os limites da interdisciplinaridade no Programa de Atendimento Domiciliar (PAD) do Instituto do Câncer do Ceará (ICC). A pesquisa foi de natureza qualitativa, consistindo em estudos teóricos e exame de fontes documentais, conforme bibliografia ao final deste artigo, assim como pesquisa de campo. Esta foi realizada no Instituto do Câncer do Ceará, mais especificamente no PAD. Foram entrevistados todos os membros da equipe interdisciplinar responsável por este programa (médica, psicóloga, enfermeira e assistente social). As técnicas utilizadas para coleta de dados foram a entrevista semiestruturada e a observação sistemática com anotações em diário de campo.

Relativamente aos aspectos éticos, e em respeito às Resoluções do Conselho Nacional de Saúde n. 196, de 10/10/96 e n. 251, de 07/08/97, a pesquisa realizou-se após cadastro na Plataforma Brasil e aprovação (Parecer positivo n. 410. 633) do Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Cearense de Oncologia (ECO).

### Resultados e Discussão

O Instituto do Câncer foi criado em 1944, quando, segundo o ICC (2004), havia um grande número de pessoas com câncer no estado do Ceará e as mais pobres não tinham acesso aos serviços de prevenção da doença. Trata-se de instituição hospitalar filantrópica, de alta complexidade, direcionada ao tratamento de neoplasias. Atende mensalmente, cerca de vinte mil pacientes, os quais são originários de municípios cearenses e estados próximos, e 70% deles são encaminhados por unidades do Sistema Único de Saúde (SUS). O hospital conta com uma extensa equipe de profissionais e várias especialidades, entre elas as de cancerologia cirúrgica, oncologia clínica, radioterapia e quimioterapia (<http://www.hospcancer-icc.org.br/>).

As características do PAD do ICC assemelham-se às dos demais programas do gênero. Iniciou-se em 2000 e sua equipe é composta por profissionais de medicina, serviço social, fisioterapia e psicologia, cujas práticas consistem em “cuidados paliativos”, destinados a pacientes “fora de possibilidade de cura”, os quais necessitam de atendimento nas dimensões clínica, social, psicológica e emocional.

Em razão das condições desses pacientes e das demandas familiares à equipe relacionarem-se à finitude, a equipe interdisciplinar do PAD tem como objetivo cuidar, ética e profissionalmente, dos pacientes em condições de finitude e sob “cuidados paliativos”, buscando lhes proporcionar uma morte digna e tranquila, assim como possibilitar a preparação, compreensão e tranquilidade da família diante da perda de seu ente.

Importante realçar que, no campo da saúde as refrações da “questão social” na forma de desigualdades e discriminações, as quais, segundo Iamamoto (2012), são mediatizadas por relações de gênero, étnico-raciais, geracionais e formações regionais, adquirem novos elementos. Particularmente, os que dizem respeito ao sofrimento e às dores da perda.

Na atenção terciária em saúde a tênue linha entre a vida e a finitude impõe refletir-se sobre os sentidos da morte na contemporaneidade, quando, segundo Norbert Elias (2001) o tempo de vida dos seres humanos se tornou mais longo, devido aos



avanços da medicina, e criou-se um imaginário de que a morte é algo longínquo, ocasionando um distanciamento dos vivos com a morte e até o termo é evitado.

No entanto, a morte tem outros significados, pois ela não está somente ligada ao fim total das pessoas na sociedade, ela está presente também quando as pessoas adoecem e envelhecem e são isoladas dos que estão vivos, ou seja, “são banidos para os bastidores ou pelo menos removidos da vida social pública” (ELIAS, 2001, p.18).

O principal problema acerca da morte, segundo o autor, seria a dificuldade que os seres humanos têm de identificar-se com os moribundos – de imaginar-se naquela situação de finitude – e de dar a eles o afeto de que precisam em seus últimos momentos. Isso ocorre porque, ao entrarmos em contatos com o processo do morrer do outro, nos ocorrerá lembranças de nossa própria morte, o que abala o imaginário de que a morte não chegará até nós, e isso causa medo, chega a ser inaceitável.

Assim, a fala espontânea e demonstração de sentimentos tornam-se atitudes raras, por conta da cultura da nossa civilização, e os familiares e amigos vão se afastando pouco a pouco e involuntariamente de seus entes. Na tentativa de encarar a morte com naturalidade, as pessoas acabam se tornando frias com os moribundos, os quais se sentem abandonados e ficam isolados da família e da sociedade. “... Mas, para os íntimos que se vão, um gesto de afeição é talvez a maior ajuda, ao lado do alívio da dor física, que os que ficam podem proporcionar” (ELIAS, 2001, p.37).

É nesse contexto que, para além da racionalização de recursos financeiros, a importância dos cuidados paliativos a quem está na sua terminalidade é enfatizada. De acordo com Simão (2010), inspirado na definição da Organização Mundial da Saúde, de 2002, trata-se de “uma abordagem que aprimora a qualidade de vida, dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meios de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual” (SIMÃO, 2010, p. 357).

A legitimidade social dos cuidados paliativos, segundo Menezes (2004) veio com novas descobertas no campo da saúde, a obtenção de conhecimentos específicos e a produção de suas próprias competências técnicas. Surge assim, uma intervenção profissional voltada ao controle da dor e dos sintomas dos pacientes, à melhoria da qualidade de vida destes e a um trabalho biológico, social, espiritual e psicológico. Trata-se daqueles cuidados que “consistem na assistência ativa e integral a pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo” (MENEZES, 2004, p. 58). O objetivo, segundo esta autora, seria a garantia da melhor qualidade de vida tanto para o paciente, quanto para seus familiares, consistindo em controlar a dor e demais sintomas, em evitar sofrimento.

O pressuposto básico desse campo de conhecimento é a assistência integral ao sujeito, (para isso é demandada uma rede ampliada de profissionais, o que conduz à atuação pluri, multi ou interdisciplinar), e não uma visão fragmentada, a qual estuda apenas o biológico do doente ou o somente o órgão afetado. Portanto, os cuidados paliativos, devem ser prestados por profissionais que ultrapassem visões fragmentadas do doente ou da doença e adotem a noção de totalidade da real situação dos sujeitos que os demandam.

A interdisciplinaridade, segundo Hilton Japiassu (1976), visa o desestímulo à multiplicação das especialidades e à busca de relações de interdependência e de conexão recíproca entre as disciplinas. O autor se reporta aos tempos passados em que o saber visava a totalidade que oferecia ao sujeito uma personalidade integral e considera que o fenômeno de múltiplas especialidades é uma representação da patologia em que hoje se encontra o saber que não considera os indivíduos como parte de um processo de conhecimento, detendo apenas saberes em parcelas da realidade. Para o autor, a principal função da atividade interdisciplinar é interligar as fronteiras existentes entre as disciplinas/ dimensões, de modo que cada uma permaneça com suas especificidades.

No caso específico do serviço social, compreende-se com base em Iamamoto (1999, p. 28) que os profissionais da área “trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões quotidianas, tais como os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública, etc.” A autora nos remete à importância da interdisciplinaridade, considerando que os assistentes sociais são chamados a atuar conjuntamente com outros profissionais das variadas áreas do saber, fazendo-se necessário o conhecimento sobre práticas interdisciplinares e sua aceitação para aplicabilidade.

A respeito do PAD do ICC, a interdisciplinaridade é observada em todo o trajeto do paciente considerado como “fora de possibilidade de cura”, desde a sua inclusão ao seu desligamento do PAD/ICC.

Esse trajeto tem início no consultório médico quando esse profissional conclui acerca da impossível de cura do paciente e o informa que seu tratamento será encaminhado a outro serviço específico realizado na própria residência, e que ele pode buscar o hospital para eventuais procedimentos.

Outro momento significativo do trajeto é a chegada do paciente ao setor de serviço social, mediante encaminhamento médico. Conforme as assistentes sociais entrevistadas, um dos desafios profissionais nesse tipo de trabalho é encarar os pacientes diagnosticados como “fora de possibilidade de cura”, ou seja, após saberem que sua vida está ameaçada por uma doença. Alguns deles não entendem o significado desse diagnóstico, não compreendem a realidade dos fatos, ou vivenciam um processo de negação das suas condições.

Como afirmado por Norbert Elias, embora todas as pessoas saibam que a morte é um processo natural da vida, é muito difícil saber que sua hora final está se aproximando. A este respeito, observou-se quão difícil é para os pacientes receber a notícia de que sua vida já está chegando ao final.

Observou-se que as assistentes sociais agem de forma humanizada, com competência, coerência e ética, diante das realidades de cada um daqueles que buscam seus serviços, cujos detalhes não caberiam no espaço deste artigo. Elas comungam com a postura profissional de Martinelli ao realçar que as condições de sofrimento nos pedem ética e a necessidade de que “humanizemos as nossas

ações no trato com a vida, em todas as suas expressões, incluindo certamente o momento da finitude” (MARTINELLI, 2011, p. 504).

O número de quatro profissionais é pequeno para uma equipe de “cuidados paliativos” de um hospital referência em tratamento de câncer, que abrange todo o território cearense e de alguns outros estados. Tal disparidade propicia a pressuposição de que não há uma valorização devida das ações direcionadas a “pessoas que vão morrer em pouco tempo”. Sob a lógica mercantilista, equivaleria que os esforços dos profissionais e os recursos utilizados para efetivar os referidos cuidados significariam desperdícios.

Seguindo essa linha de raciocínio, realça-se a indagação elaborada por Sodré “Como o próprio nome diz, o que é paliativo é momentâneo. Por ser circunstancial, mesmo com a certeza da morte; um cuidado que é paliativo tem menos valor?” (SODRÉ, 2005, p.145).

Durante a primeira visita da equipe os profissionais conhecem o paciente, adquirem certa dimensão da profundidade no seu caso e começam a perceber como funciona a dinâmica daquele grupo familiar. Naquele momento, os familiares são convidados a participar das ações previstas no desenvolvimento do processo direcionado à “assistência paliativa” domiciliar e dão início às orientações ao paciente e seus familiares sobre o diagnóstico e sobre a provável dinâmica da assistência paliativa.

Quanto ao serviço social, logo na primeira visita, é feita uma avaliação social, cujo objetivo é identificar se o paciente está inserido nos critérios de inclusão do PAD, e tenta apreender as demandas sociais daquele/a paciente e da sua família. Houve casos, por exemplo, em que o paciente precisava do concentrador de oxigênio, o que aumenta consideravelmente o consumo e o valor da energia, e a profissional interveio, considerando as circunstâncias em que as famílias têm direito ao desconto no valor da energia (Lei 12.212 de 20 de janeiro de 2010). Muitas demandas relacionam-se à própria saúde, à previdência social e à assistência social, e nesses momentos a assistente social intervém para orientar e fazer os encaminhamentos necessários, mobilizando meios de acesso sob uma perspectiva intersetorial.

Durante as visitas subsequentes os profissionais dão continuidade ao acompanhamento do paciente e procuram atender a todas as demandas postas por ele, familiares e/ou cuidador, em suas mais diversas dimensões, sejam elas: biológicas, clínicas, sociais ou psicológicas.

Importante destacar que os diferentes profissionais da equipe de cuidados paliativos do ICC têm clareza de suas atribuições, de modo a facilitar a interdisciplinaridade. Nas palavras de Iamamoto (2002), os profissionais devem ter clareza no trato de suas atividades, ou seja, precisão sobre suas funções dentro da equipe, para, então compartilhar seus saberes.

Todas as entrevistadas comentaram detalhadamente sobre suas funções, de forma que suas respostas contornaram as particularidades de cada categoria, mostrando que têm conhecimento e clareza de sua identidade profissional, característica fundamental para o desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar. Ao mesmo tempo, abordaram ações comuns a todos os membros da equipe, demonstrando conhecimento acerca do trabalho dos colegas de equipe. Daí, percebemos que há uma troca de saberes, apontada por Japiassu (1976), fato que simplifica a ação profissional individual e, conseqüentemente, nos remete a interdisciplinaridade.

Tal declaração remete à dimensão de integralidade das ações interdisciplinares, que pressupõem o atendimento de variados profissionais, em suas diferentes categorias, ao quais contribuirão de diversas formas, porém atuarão sobre um objeto comum, e tentarão unir suas análises e metodologias. E que não é possível desenvolver uma ação qualificada e integral de fenômenos complexos a partir de análises de apenas um ponto de vista, ou de uma categoria profissional. Para se estudar a essência e complexidade de um fenômeno ou um ser, são necessárias análises integradas das diferentes disciplinas, onde cada uma contribuirá com suas áreas de conhecimento.

## Conclusão

O PAD do ICC é efetivado segundo um trabalho interdisciplinar, tanto de iniciativa profissional sob o ponto de vista de qualificação, compromisso, ética, boa interação e dedicação, quanto institucional, que diz respeito ao incentivo a esta dinâmica de trabalho e à abertura para novas ideias; propicia respostas satisfatórias às demandas dos pacientes e uma eficiente organização dos serviços; todas as profissionais participam da metodologia de ação e as funções são bem claras e distribuídas.

No entanto, há também limitações: a sala do PAD é pequena e não oferece privacidade de atendimento, indo de encontro à Resolução do CFESS nº 493 (2006), que dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social; a existência de apenas um carro para locomoção e visitas domiciliares; a baixa remuneração dos profissionais, embora eles desenvolvam um trabalho estafante física e mentalmente; o tamanho da equipe que é reduzida ocasionando sobrecarga permanente aos profissionais.

Finalmente, não se pretendeu esgotar o tema, mas contribuir no debate da comunidade acadêmica e dos profissionais que atuam em “cuidados paliativos”, assim como ratificar a necessidade de atualização e qualificação profissional permanentes por parte dos que querem atuar efetivamente nesse difícil, mas necessário e importante campo de trabalho.

## Referências

BRASIL, Congresso Nacional. Lei 12.212, de 20 de janeiro de 2010. Dispõe sobre a tarifa social de energia elétrica. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Lei/L12212.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12212.htm)>. Acesso em: 28 dez. 2013.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CONESP. Normas para pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Serie Cadernos Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.



# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

\_\_\_\_\_. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CONESP. Resolução nº 251, de 7 de agosto de 1997.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Brasília, Conselho Federal de Serviço Social, 2010.

\_\_\_\_\_. Atribuições Privativas do(a) Assistente Social. Brasília, Conselho Federal de Serviço Social, 2002.

\_\_\_\_\_. Código de Ética Profissional do Assistente Social. Brasília: CFESS, 1993.

ELIAS, Norbert. A solidão dos moribundos, seguido de, “Envelhecer e morrer”; tradução: Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 2001.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Projeto Profissional, Espaços Ocupacionais e Trabalho do Assistente Social na Atualidade. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Atribuições Privativas do (a) Assistente Social Em Questão. Brasília, DF: CFESS, 2012.

\_\_\_\_\_. Renovação e Conservadorismo no Serviço Social – Ensaio Crítico. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2002.

\_\_\_\_\_. O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1999.

ICC, Instituto do Câncer de Ceará. História – Serviços. Disponível em: <<http://www.hospcancer-icc.org.br/>>. Acesso em: 19 jul. 2010.

JAPIASSU, Hilton. Interdisciplinaridade e a Patologia do Saber. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1976.

KUBLER-ROSS. Elisabeth. Sobre a Morte e o Morrer: o que os doentes têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 7ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

LACERDA, Maria Ribeiro et. al. Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. Saúde e Sociedade. v. 15, n. 2, p. 88-95, mai/ago, 2006.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. Serv. Social e Sociedade, São Paulo, n. 107, p. 497-508, jul./set. 2011.

MENEZES, Rachel Aisengart. Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Garamond – FIOCRUZ, 2004.

SIMÃO, Andréa Branco et. al. A atuação do Serviço Social junto a pacientes terminais: breves considerações. Serviço Social e Sociedade. n. 102, p. 352-364, São Paulo: Editora Cortez, 2010.

SODRÉ, Francis. Alta Social: A atuação do Serviço Social em Cuidados Paliativos. Serviço Social e Sociedade, n. 82, p. 131-147, São Paulo: Editora Cortez, 2005.

## Agradecimentos

À Universidade Estadual do Ceará. Ao Instituto do Câncer do Ceará. À equipe interdisciplinar de cuidados paliativos do ICC. À orientadora desta atividade. À todos que de alguma forma contribuíram para a construção deste trabalho.



## O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL A PARTIR DO REFERENCIAL DA PSICANÁLISE

Camila de Araújo Carrilho - Universidade Estadual do Ceará, carrilhocamila@hotmail.com

Isabella Costa Martins - Universidade Estadual do Ceará

Arisa Nara Saldanha de Almeida - Universidade Estadual do Ceará

Lia Carneiro Silveira - Universidade Estadual do Ceará

Palavras-chave:Saúde Mental. Enfermagem. Psicanálise. Diagnóstico de Enfermagem.

### Resumo

O presente trabalho visa promover uma discussão sobre a aplicação do diagnóstico de enfermagem na área da Saúde Mental a partir da Psicanálise, articulando com alguns de seus conceitos. A pesquisa é resultado de discussões elencadas pelo trabalho coletivo na construção de uma cartilha de enfermagem formentada por ações interdisciplinares com os enfermeiros dos serviços de saúde mental com a Universidade Estadual do Ceará. Pelas discussões percebemos que ao aderir ao paradigma científico, a enfermagem, apesar de obter mais praticidade ao universalizar a sua linguagem, corre o risco de deixar escapar aspectos importantes que dizem respeito ao sujeito que busca atendimento nas práticas clínicas de saúde mental. Constatamos uma necessidade repensar como os diagnósticos são preliminarmente formulados para os sujeitos serem adaptados a eles de acordo com a quantificação dos sintomas. Assim, deixam de ser um meio a se construir um conhecimento, a respeitar a singularidade de cada caso. Ao tomarmos de partida o referencial da Psicanálise, descobrimos que esse conhecimento muitas vezes é desconhecido ao próprio sujeito, um saber inconsciente, que só é possível ter acesso através da fala, e o mesmo não revela um tipo de diagnóstico, distúrbio ou doença, mas em diferentes constituições do sujeito, em estruturas da psíquicas: Neurose, Psicose e Perversão.

### Introdução

Quando falamos em diagnóstico nas práticas de saúde contemporâneas é quase imediata sua associação com o diagnóstico médico, é em torno dele que se organizam vários serviços de saúde, por mais que se fale na importância da interdisciplinaridade. Sabemos também, que na atualidade, o diagnóstico médico segue a tendência de se propor a teórico e baseado em critérios de classificação. A enfermagem também vem aderindo a esses sistemas classificatórios, na busca de tornar-se mais científica. Foi assim que surgiram as propostas de classificação da North American Nursing Diagnosis Association - NANDA e da Classificação Internacional das Práticas Em Saúde. Pública - CIPEsc, por exemplo. As vantagens, segundo alguns autores, seria universalizar a linguagem utilizada pelos enfermeiros e tornar sua prática mais evidente. Observamos aqui uma tentativa de aproximar a enfermagem do modelo científico, baseado na universalização, generalização e previsão. Mas se tratando no serviço de saúde mental, como o processo de enfermagem se desdobraria, numa área em que o cuidado é voltado para o que é da mente, da psique, da alma, do sujeito? Ao priorizar o paradigma científico, na sua tentativa de universalizar, não se acaba por vezes a pagar o preço de deixar de fora tudo aquilo que diz respeito ao sujeito, sempre singular? Diante dessas questões objetivamos com o presente estudo discutir o diagnóstico de enfermagem na atenção à saúde mental fazendo interlocução com o referencial da Psicanálise.

### Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório que culminou na construção de uma cartilha de enfermagem, foi iniciado com a realização de oficinas abordando temas centrais (sujeito, cuidado clínico de enfermagem, escuta e diagnóstico) que foram delimitados a partir das experiências, inquietações e angústias dos enfermeiros em relação à sua prática clínica em saúde mental. Também foram discutidos alguns textos que pudessem subsidiar o debate. Em seguida, à partir da sugestão dos próprios enfermeiros, esses temas foram organizados segundo as etapas do processo de enfermagem de Wanda Horta (Investigação, Diagnóstico, Desenvolvimento do Plano de Cuidados e Avaliação) procurando repensar cada uma dessas etapas através da nossa perspectiva teórica. O estudo foi realizado durante os anos de 2010 e 2011 e iniciou com a realização de um mini curso promovido pelo LACSU e pelo PPCCLIS - UECE, com a participação dos alunos e professores do Programa e do LACSU, além de enfermeiros de todos os Centros de Atenção Psicossocial do município de Fortaleza e convidados de outras universidades e municípios. Todos os participantes presentes foram convidados a participar das etapas subsequentes da pesquisa, as quais contemplavam oficinas ocorridas no CAPS, no Serviço Comunitário e no auditório do PPCCLIS todos localizados no município de Fortaleza. As oficinas objetivaram discussões sobre a dificuldade e potencialidades do cuidado em saúde mental, com sugestões de leituras prévias de textos e norteadas pelas palavras-chave (cuidado, clínica, saúde mental, potencialidades e dificuldades), no segundo momento a discussão teve como foco o "Lugar da enfermagem na Saúde Mental", além de contar com o apoio do Grupo Cirandas da Vida que realizou uma atividade artística, já no terceiro momento foi debatido sobre a subjetividade no trabalho com saúde mental e, na última oficina, o tema foi direcionado ao conceito de diagnóstico na saúde mental. As discussões dessas oficinas foram registradas em áudio e vídeo e compuseram o material de onde partimos para a elaboração deste instrumento. Depois de elaborado, o instrumento foi submetido à apreciação de validadores, escolhidos entre pessoas com reconhecida experiência na área da saúde mental e da psicanálise para que os mesmos avaliassem sua forma, seu conteúdo e sua aplicabilidade.

### Resultados e Discussão

As necessidades de sistematização do trabalho de enfermagem, principalmente quando se trata de abordar questões relativas à dimensão biofisiológica do cuidado (como exame físico, administração de medicamentos, cuidados com a higiene, realização de curativos, dentre outros), por outro lado, essa objetivação limita aquilo que é do campo da subjetividade. Na construção do diagnóstico percebemos que o que vai importar é a quantificação dos sintomas e, em momento

# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

algum, se pergunta sobre quem é esse sujeito, como ele vive, como ele significa suas experiências. Mas essa não é a única forma de se pensar o diagnóstico. Para que possamos rever sua potencialidade para o cuidado clínico de enfermagem propomos resgatar o sentido da palavra “diagnóstico”, originária do grego “diagnóstikós” - como um meio de se obter conhecimento. Nesse sentido, ele se constitui numa etapa importante para o cuidado clínico de enfermagem em saúde mental, pois nos permite conhecer a realidade e traçar caminhos. Trata-se de algo que nos permite ter acesso a um conhecimento que vai ser útil em determinada prática ou situação. Ao nos basearmos num conhecimento pré-existente, partimos dos parâmetros de normalidade, buscamos identificar

regularidades para inferir o que está errado, tentamos encaixar os sintomas quantitativamente. Esse procedimento está de acordo com um modelo onde o saber está do lado do especialista, que traz consigo as respostas para aquilo que afeta o sujeito. Na saúde mental, lidamos com questões que dizem respeito a um conhecimento, ou um saber, que é desconhecido do próprio sujeito. As manifestações sintomáticas com as quais temos que lidar são como enigmas que, apesar de parecerem incoerentes, portam um saber acerca daquele sujeito. O saber de que se trata, é o saber do inconsciente. Se refere a um conteúdo que está recalcado, mas que não para de agir. É somente através da fala, uma fala endereçada a um outro, que esse saber pode ser acessado. Assim, o diagnóstico em psicanálise não se refere a “doenças”, muito menos a “desordens”, “distúrbios”. Ele é pensado através da conceituação de “estrutura psíquicas”, onde o sujeito se organiza de maneira diferente na Neurose, Psicose e Perversão. Pelo fato de sermos seres de linguagem, o processo mesmo de entrada na linguagem, na civilização, implica uma transformação daquilo que seríamos como seres da natureza. Desde que falamos, pensamos e representamos o mundo através de significantes, entra em jogo algo que Freud chamou de “realidade psíquica”, ou seja, não lidamos mais com a realidade objetiva, com coisas em si, mas com um mundo de representações que construímos. Essa construção envolve necessariamente uma perda. Por um lado, porque a linguagem não pode dizer tudo, sempre resta algo impossível de dizer. Por outro lado, por que essa desnaturalização que sofremos ao entrar na linguagem implica em uma perda de satisfação pulsional. Isso que é perdido, no entanto, retorna de alguma forma sentida como traumática pelo sujeito. O destino que vai ser dado a esse elemento traumático não vai ser o mesmo na neurose, na psicose e na perversão. Na Neurose, pela incidência de algo que vai funcionar como uma barra, o sujeito vai dividir-se entre aquilo que se delimita como uma dimensão consciente e outra inconsciente à qual ele só vai ter acesso através de suas manifestações em sonhos, lapsos, chistes, atos falhos e sintomas. Além disso, seu sintoma surge como algo desse inconsciente que tenta se dizer no corpo (sintoma histérico), no pensamento (sintoma obsessivo) ou em algum elemento do mundo externo (sintoma fóbico). Na Psicose, por não haver algo que sustente essa divisão, o inconsciente aparece como que invadindo o sujeito, a céu aberto, como diz Lacan. Daí temos todos os fenômenos característicos da experiência psicótica como alucinações, perda da unidade do Eu, desorganização do pensamento, experiências de invasão do outro. O delírio do psicótico nessa perspectiva não é um distúrbio a ser eliminado, mas uma tentativa de reintegrar o elemento estranho numa construção de pensamento. No caso da Perversão, o sujeito encontra uma alternativa em que, apesar

de reconhecer o elemento traumático, desmente-o, criando um substituto que o permita continuar sustentando a satisfação. O preço que ele paga por essa escolha é o equivalente a uma divisão. Mas, ao contrário da neurose, o perverso vai buscar a divisão do Outro, como forma de anular a sua própria. O recurso que ele vai utilizar para se defender do elemento traumático vai ser o fetiche, objeto que condiciona o aparecimento do desejo do perverso. Vale ressaltar ainda que o diagnóstico em psicanálise só pode ser pensado no plano da transferência, pois é apenas ao dirigir seu sintoma a alguém que se dispõe a escutá-lo que o paciente atualiza, nesta relação de escuta, sua maneira de lidar com a realidade.

## Conclusão

É importante pensarmos como o referencial da psicanálise pode incitar questões acerca da nossa prática, no que diz respeito ao diagnóstico, ele se constitui numa etapa importante para o cuidado clínico de enfermagem em saúde mental, pois nos permite conhecer a realidade e traçar caminhos. Nesse sentido, o diagnóstico não pode ser algo pensado a priori onde se busca encaixar o sujeito. Mas algo que vai ser construído à partir do próprio processo de escuta. Outro ponto a ser considerado é que, em saúde mental, deve-se evitar a separação entre normal e patológico. Para a psicanálise é necessária uma certa dose de sofrimento para que possamos nos constituir enquanto sujeitos, uma vez que é através do encontro com a falta no momento fundante que as estruturas psíquicas serão definidas: neurótica, psicótica ou perversa. Portanto, não é um código de diagnóstico que define o nosso sofrimento e, sim, a forma como o sintoma é articulado em relação a essas estruturas. Lidar com o sofrimento humano é algo complexo e, como tal, requer de quem se dispõe a lidar com ele esta mesma complexidade. Também tem a singularidade de não poder se apresentar como “receita de bolo”. Cada um precisa construir seu caminhar, na singularidade do seu desejo, seja na via da psicanálise ou de qualquer outra que escolha.

## Referências

FIGUEIREDO, Ana Cristina; TENÓRIO, Fernando. O diagnóstico em psiquiatria e psicanálise. In: Revista

Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo: Escuta, vol. V, n. 1, p. 29-43, mar. 2002  
FREUD, S. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: Obras Completas de Sigmund Freud. Vol. XII. Edição Standard. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Neurose e Psicose. Obras Completas de Sigmund Freud. vol. XIX. Edição Standard. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. A perda da realidade na neurose e na psicose (1924). Obras Completas de Sigmund Freud. vol. XIX. Edição Standard. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

LOBOSQUE A. M. Neuroses x psicoses: uma primeira abordagem quanto ao diagnóstico diferencial. In:

Experiências da loucura. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

NANDA. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação (2007-2008). Porto Alegre: Artmed, 2007.

QUINET, A. A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

ROTELLI, F. Desinstitucionalização. In. Fernanda Nicácio (org.). São Paulo: Hucitec, 1990.

## Agradecimentos

O processo de construção evolve diversos fatores, dentre eles, as constantes trocas de saberes e aprendizados. Aqui, nos propomos a agradecer especialmente todos "os sujeitos" que nos levam ao diálogo constante com o sofrimento psíquico, esse compreendido como condição humana e, conseqüentemente, um diálogo com a loucura viva de cada um.