

PACIENTES LARINGECTOMIZADOS TOTAL E A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

REBECA MENDES MONTEIRO – UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ- MESTRANDA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM UFPI. EMAIL: rebecammonteiro@hotmail.com

LAÍS GAMA IBIAPINA- UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ.

ANNA KATHARINNE CARREIRO SANTIAGO- UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ.

ALINE RAQUEL DE SOUSA IBIAPINA- UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ.

MARIA HELENA BARROS ARAUJO LUZ- UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ.

INEZ SAMPAIO NERY- UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ.

Palavras-chave: Laringectomia. Traqueostomia. Neoplasia de laringe. Enfermagem.

Resumo

A neoplasia de laringe representa em todo o mundo 1 a 2% dos tumores malignos e 25% dos tumores malignos de cabeça e pescoço, estimando-se que aproximadamente 644.000 novos casos de tumores de cabeça e pescoço sejam diagnosticados a cada ano. Tem como modalidades de tratamento a quimioterapia, radioterapia, imunoterapia e cirurgias, tecnicamente denominadas de laringectomias que necessitam de cuidados específicos da enfermagem para diminuição dos agravos e manutenção da vida. Trata-se de uma revisão bibliográfica da literatura, cujo objetivo é analisar a literatura científica sobre o paciente laringectomizados e a assistência de enfermagem. A laringe é considerada o sítio de maior ocorrência de neoplasias na região de cabeça e pescoço, e para os estudos do câncer a mortalidade constitui-se um dos indicadores de saúde mais confiáveis. Tal patologia necessita em muitos casos de tratamento cirúrgico, denominado laringectomia. Este procedimento ocasiona alterações fisiológicas e psicossociais, pois o paciente retorna ao convívio familiar com bruscas alterações de estilo de vida. Assim é necessário incorporar o laringectomizado como sujeito do conhecimento em situação real, através de conversas, atividades em grupos. Além disso, para a efetiva assistência de enfermagem se faz necessário o planejamento e a sistematização das ações de enfermagem, assegurando a promoção da saúde, a continuidade do cuidado no domicílio.

Introdução

A laringe, localizada na região do pescoço, abaixo da faringe e acima da traqueia, constitui importante segmento do aparelho respiratório, funcionando como via aérea condutora, além de exercer função esfínteriana e fonatória (HARNSBERGER, 2011).

O câncer laringeo representa em todo o mundo 1 a 2% dos tumores malignos e 25% dos tumores malignos de cabeça e pescoço, estimando-se que aproximadamente 644.000 novos casos de tumores de cabeça e pescoço sejam diagnosticados a cada ano (MATOS *et al*, 2009; PRADO *et al*, 2012). No Brasil a estimativa da ocorrência é de aproximadamente 8.000 novos casos da doença por ano (PAULA; GAMA, 2009). A literatura existente mostra uma preponderância na epidemiologia da doença em homens, embora publicações recentes indiquem um aumento na frequência do número de mulheres afetadas (AMUSA *et al*, 2011).

Nos últimos anos, com o advento do protocolo de preservação de órgãos, pacientes com indicação de laringectomia total têm sido inicialmente abordados com tratamento quimioterápico e radioterápico concomitantes que fornecem, para um grupo selecionado de pacientes, uma boa sobrevida livre de doença com laringe preservada, porém em alguns casos o tratamento quimioterápico e/ou radioterápico não tem eficácia, se fazendo necessária a laringectomia (PAULA; GAMA, 2009).

As diversas complicações pós-operatórias da laringectomia total estão diretamente associadas com aumento da morbidade, tempo de hospitalização do paciente e custos do tratamento, compreendendo hematomas, infecção de ferida cirúrgica, complicações sistêmicas e específicas que se relacionam ao tipo de procedimento cirúrgico realizado (SOUSA *et al*, 2013).

Cabe aos profissionais de toda equipe de atendimento o acolhimento com qualidade, presteza e eficácia visando promover uma maior independência funcional ao paciente em seu processo de reabilitação (MOREIRA, SOUZA, 2009). A assistência de enfermagem relaciona-se com as intervenções destinadas a prevenir ou tratar complicações e proporcionar o retorno às atividades da vida diária, visto que possibilita maior participação do paciente no seu plano de cuidados.

Metodologia

Trata-se de uma revisão bibliográfica da literatura, cujo objetivo é analisar a literatura científica sobre o paciente laringectomizados e a assistência de enfermagem.

Os estudos de revisão são uma forma de investigação que permitem a delimitação de etapas metodológicas mais concisas e a melhor utilização das evidências descritas em inúmeros estudos acerca de um tópico específico (SOUZA *et al*, 2010).

A pesquisa foi realizada no período de Março a Julho de 2014 nas bases de dados Literatura Medical Literature and Retrieval System on Line (MEDLINE), Base de Dados da Enfermagem (BDENF), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Latina-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e na biblioteca Scientific Eletronic Library Online (SCIELO). Os descritores utilizados para a busca serão: laringectomia, traqueostomia AND enfermagem.

Foram adotados, como critério de inclusão, aqueles artigos que apresentavam especificidade com o tema, a problemática do estudo, que contivessem os descritores selecionados, que respeitassem o período supracitado. Foram excluídos os artigos que não tinham relação com o objetivo do estudo e aqueles trabalhos que não foram encontrados na íntegra. Cumpre destacar que, além da busca nas bases de dados, foi realizada consulta a obras e publicações existentes no acervo da Biblioteca da Universidade Federal do Piauí, visando maior fundamentação teórica para este estudo.

De posse dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 38 artigos em português. Após a seleção, todos os artigos foram lidos na íntegra e foi preenchido um formulário eletrônico, construído especificamente para a pesquisa, com dados de cada um. A partir da análise dos artigos foram formuladas as discussões sobre os principais resultados e conclusões do estudo.

Resultados e Discussão

A laringe é um órgão situado entre a traqueia e a base da língua. Definida como tubo muscular que permite a passagem de ar para a traqueia, funciona como uma válvula protetora que impede a passagem de ar durante a deglutição e ao mesmo tempo, impede que substâncias ou partículas de alimentos penetrem na via respiratória. Outra funcionalidade importante é a produção do som, ou seja, a produção da voz, pela presença de dobras da membrana mucosa denominadas pregas vocais (HARNSBERGER, 2011).

Este órgão é frequentemente atingido pelo câncer, causando complicações que irão repercutir por toda a vida do paciente, familiares e amigos. Para Pernambuco, Bezerra e Vilela (2009) coadunando pelo Instituto Nacional do Câncer – INCA (2014) a laringe é considerada

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

o sítio de maior ocorrência de neoplasias na região de cabeça e pescoço, e para os estudos do câncer a mortalidade constitui-se um dos indicadores de saúde mais confiáveis. A última estimativa mundial apontou a ocorrência de cerca de 160 mil casos novos por ano, sendo responsável pelo óbito de, aproximadamente, 83 mil pessoas anualmente (INCA, 2014).

Atribui-se ao uso do tabaco, o principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer em vias aerodigestivas e quando associado à ingestão do álcool, esse risco é nitidamente potencializado. Além disso, histórico familiar, má alimentação, situação socioeconômica desfavorável, hábitos precários de higiene bucal, o abuso da voz, HPV, inflamação crônica da laringe causada pelo refluxo gastroesofágico, além de fatores ocupacionais como: exposição a produtos químicos, pó de madeira, fuligem ou poeira de carvão e vapores da tinta coadunar para o surgimento desta neoplasia (INCA, 2014).

No que se refere às modalidades de tratamento do câncer laríngeo, pode-se lançar mão de quimioterapia, radioterapia, imunoterapia e cirurgias, tecnicamente denominadas de laringectomias, que podem ser realizadas de duas formas: laringectomia parcial ou laringectomia total.

O laringectomizado é o indivíduo que foi submetido cirurgicamente à ablação total da laringe e seus anexos, com ou sem ressecção ganglionar (esvaziamento cervical). É indicada principalmente para os pacientes com câncer de laringe que, após a cirurgia, passam a respirar pela traqueostomia (estoma ou abertura artificial no pescoço), causando mudanças na fisiologia respiratória, mudança no comportamento, cuidados com o traqueostomo e perda abrupta da capacidade de emissão de voz (GOMES; RODRIGUES, 2010).

Na laringectomia total são removidas as estruturas que produzem o som laríngeo, ou seja, o seu esqueleto cartilaginoso (as pregas ou cordas vocais) e os músculos vizinhos. A parte superior da faringe é suturada à base da língua e a traqueia é suturada à pele da base do pescoço, onde é realizada uma abertura, isto é, a traqueostomia, que deve ser mantida limpa, através da remoção suave das secreções traqueobrônquicas expelidas pelo paciente, mantendo a cânula pérvia.

Além disso, aliviar o estado de ansiedade do paciente pode ser um cuidado fundamental, uma vez que o paciente laringectomizado total fica receoso com a alteração na comunicação, na auto-imagem e no papel social até então desenvolvido e de não ser capaz de respirar pelo pequeno tubo de traqueostomia. O sentimento de segurança é muito importante é indispensável ao paciente e este de ver ser fortalecido pela equipe de enfermagem através de conhecimentos técnico e práticos relacionados aos contextos da laringectomia.

Destarte, a enfermagem deve utilizar o planejamento da assistência de enfermagem adequadamente e individualizada para avaliar o estado de saúde do cliente e assim, prestar uma assistência de enfermagem de qualidade, minimizando os riscos decorrentes da laringectomia e suas implicações psicossociobiológicas e assim promovendo a saúde.

Conclusão

Os pacientes laringectomizados necessitam de atenção mais específica da equipe e de enfermagem, devido ao comprometimento estético e funcional propiciado pela intervenção cirúrgica. Nesse contexto o enfermeiro deve apresentar-se de forma dinâmica, revertido de conhecimento e atitudes efetivas de promoção e proteção à saúde ao laringectomizado.

Além disso, deve incentivar medidas preventivas para o câncer de laringe, como o combate ao fumo e álcool, e o desenvolvimento de estratégias alternativas para lidar com o vício a fim de diminuir a incidência dessa doença na população.

Assim, acreditamos que o enfermeiro pode contribuir para melhorar o conhecimento da população acerca da importância da promoção da saúde e do cuidado de si, através de atividades educativas e ações de intervenção, compreendendo primeiramente as disfunções biopsicossociais ocasionadas pela laringectomia auxiliando na minimização do impacto deste agravo.

Referências

AMUSA, Y. B *et al.* Laryngeal carcinoma: Experience in Ile-Ife, Nigeria. **Nigerian Journal of Clinical Practice**. v.14, Jan-Mar, 2011. Disponível em www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21493997. Acesso em 29 Ago 2014.

GOMES, F.; RODRIGUES, F. Qualidade de vida do laringectomizado traqueostomizado, **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, v.39, n.3, p. 199-205, julho / agosto / setembro. 2010.

HARNSEBERGER, H. R. **Cérebro, Cabeça e Pescoço - Coluna Vertebra**. 1ª Edição. Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2011.

INCA, Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil**. Disponível em <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>. Acesso em : 10 Jul. 2014.

MATOS, L. L. *et al.* Faringocoloplastia como reconstrução tardia pós-faringolaringectomia total por carcinoma espinocelular de hipofaringe: relato de caso e revisão da literatura. **Arq Bras Ciênc Saúde**, Santo André, v.34, n.2, p.108-12, Mai/Ago, 2009. Disponível em files.bvs.br/upload/S/1983-2451/2009/v34n2/a008.pdf. Acesso em 28 Ago, 2014.

MOREIRA, M. C. C; SOUZA, F. G. R. **Reabilitação psicossocial de pacientes submetidos à laringectomia total: um caminho de muitas subjetividades**. Instituto nacional de câncer (INCA)-Rio de Janeiro/RJ, 2009.

PAULA, F. C; GAMA, R. R. Avaliação de qualidade de vida em laringectomizados totais. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, v.38, n.3, p. 177 - 182, julho / agosto / setembro, 2009. Disponível em www.scielo.org/pdf/csp/v18n1/8145.pdf. Acesso em 28 Ago, 2014.

PERNAMBUCO, L. A.; VILELA, M. B. R. ESTUDO DA MORTALIDADE POR CÂNCER DE LARINGE NO ESTADO DE PERNAMBUCO - 2000-2004. **Braz J Otorrinolaringol**. V75, n. 2, 2009. Disponível em <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1p102-106.pdf>. 30 Ago 2014

PRADO, P. R. P. *et al.* Avaliação videofluoroscópica no pós-operatório tardio de pacientes submetidos à laringectomia supracricóidea com cricohioidoepiglottopexia. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, v.41, n.3, p.124-127, julho / agosto / setembro, 2012. Disponível em <http://sbccp.netpoint.com.br/ojs/index.php/revistabrasccp/article/viewFile/635/496>. Acesso em 28 Ago, 2014.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

SOUSA , A. A. *et al.* Fatores preditores de fístula salivar pós-laringectomia total. **Rev. Col. Bras. Cir.** v.40 n.2 Rio de Janeiro Mar./Apr, 2013. Disponível em www.scielo.br/pdf/rcbc/v40n2/v40n2a03.pdf. Acessado em 30 Ago 2014.

SOUZA, M. T. *et al.* Revisão integrativa: o que é o como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, 2010. Disponível em <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1p102-106.pdf> Acesso 30 Ago 2014.

Agradecimentos

A Deus por guiar os meus caminhos e pensamentos...

Agradeço esta pesquisa aos meus pais, filha e irmão que me acompanham e me permite e incentiva desenvolver minhas pesquisas...

Aos docentes e discentes da UFPI, que contribuíram para o desenvolvimento desse estudo...

PADRÃO DE CONSUMO DE ÁLCOOL ENTRE USUÁRIOS CADASTRADOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ESTUDO TRANSVERSAL

Letícia Virgínia Henriques Alves de Sousa Ribeiro¹; Irineu Alves da Silva Júnior²; Raíza Rúbia de Vasconcelos³; Fernanda Jorge Guimarães⁴; Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli⁴.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

¹ Acadêmica de enfermagem do Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão da Universidade Federal de Pernambuco/UFPE. Bolsista do projeto de extensão “Promoção à saúde mental entre jovens: ação de prevenção ao uso do crack, álcool e outras drogas” (Ministério da Educação – Secretaria de Educação Superior MEC/SESU- 2014/2015). E-mail: leticia1989@bol.com.br/ letic1989@gmail.com

² Enfermeiro. Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão da Universidade Federal de Pernambuco/UFPE

³ Acadêmica de enfermagem do Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão da Universidade Federal de Pernambuco/UFPE. Bolsista do projeto de extensão “Promoção à saúde mental entre jovens: ação de prevenção ao uso do crack, álcool e outras drogas” (Ministério da Educação – Secretaria de Educação Superior MEC/SESU- 2014/2015).

⁴ Docente do núcleo de Enfermagem. Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão da Universidade Federal de Pernambuco/UFPE.

Palavras-chave: Alcoolismo. Atenção Primária à Saúde. Prevenção e Controle.

Resumo

Objetivo: Identificar o padrão de consumo de álcool entre usuários cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família. **Método:** Trata-se de um estudo transversal com amostra de 117 sujeitos maiores de 18 anos e de ambos os gêneros. O rastreamento do padrão de uso foi efetuado por meio do Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Foram respeitados todos os aspectos éticos referentes às pesquisas com seres humanos. **Resultados:** Um percentual de 55,5% dos participantes relatou uso de bebida alcoólica nos últimos 12 meses. Observou-se uma elevada frequência de uso de risco (49,2%) entre indivíduos do sexo feminino, na faixa etária de 20-39 anos, com baixo nível de escolaridade, desempregados, solteiros e católicos. **Conclusão:** Os resultados reforçam a necessidade de se desenvolver intervenções voltadas para o perfil encontrado, sobretudo no que concerne ao padrão de consumo de risco identificado.

Introdução

Atualmente, o consumo de álcool constitui um dos mais significativos riscos para a saúde (VARGAS, 2013). Ele é considerado o primeiro fator de risco para a carga global de doenças em países das Américas e seu consumo abusivo está relacionado à cerca de 2,5 milhões de mortes anuais em todo o mundo (OMS, 2011).

No cenário brasileiro, o uso excessivo consiste em uma problemática frequente e apresenta como consequências diretas ou relacionadas: absenteísmo, acidentes de trabalho e de transporte, agressões, homicídios, suicídios e elevada frequência de ocupação de leitos hospitalares (ANJOS, 2012 E MALTA, 2010).

Portanto, faz-se necessária a detecção precoce do uso abusivo de álcool com o intuito de implementar estratégias de prevenção de agravos e riscos à saúde. Para tanto, os serviços de atenção básica devem estar preparados para identificar precocemente pessoas que fazem consumo problemático de álcool e desenvolver práticas educativas e terapêuticas relacionadas ao uso abusivo dessa substância (JOMAR, 2014). Diante do exposto, esta pesquisa tem o objetivo de analisar o padrão de consumo da bebida alcoólica entre usuários cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família (USF).

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa. A população do estudo foi composta por usuários cadastrados em USF do município de Vitória de Santo Antão – PE.

Para composição da amostra, foram classificados como elegíveis os indivíduos acima de 18 anos e de ambos os sexos. A amostra foi de 117 sujeitos selecionados de forma aleatória. Para a coleta de dados, empregou-se um questionário sócio demográfico e o Teste de Identificação de Desordens devido ao Uso de Álcool (AUDIT).

Por meio do questionário sócio demográfico, analisaram-se as seguintes variáveis: faixa etária, gênero, estado civil, escolaridade, renda mensal, ocupação, religião, idade de início de consumo, história de uso problemático na família, companhias para o consumo e uso experimental de outras drogas.

O AUDIT é um teste amplamente utilizado para analisar o padrão de uso de álcool entre grupos populacionais ou indivíduos e também é capaz de identificar aqueles que necessitam de níveis diferenciados de intervenção (MATTARA, 2010). Ele avalia três domínios: frequência e quantidade de bebidas alcoólicas consumidas, sintomas de dependência de álcool e problemas associados ao consumo (KWON, 2013). É composto por 10 questões, das quais: 3 são relacionadas ao uso de álcool, 4 relativas à dependência e 3 sobre problemas decorrentes do consumo.

Todos os questionamentos do instrumento têm como foco o último ano (LEPRE, 2009). Cada questão possui uma margem de 0 a 4 pontos, o que possibilita uma faixa de pontuação de 0 a 40 (SILVA, 2012). Essa pontuação permite classificar o uso da substância da seguinte forma: Zona I (baixo risco) – 0 a 7 pontos; Zona II (uso de risco) – 8 a 15 pontos; Zona III (uso nocivo) – 16 a 19 pontos; Zona IV (provável dependência) – 20 a 40 pontos (MORETTI-PIRES, 2011).

A coleta dos dados foi realizada no período de maio e junho de 2014 por dois pesquisadores previamente treinados. Os dados foram armazenados em planilhas do Microsoft Excel® 2010 e submetidos à análise pelo software IBM® Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 17.0 for Windows.

A pesquisa foi realizada dentro das normas e diretrizes estabelecidas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sob o parecer de número: 21018913.0.0000.5208.

Resultados e Discussão

A partir dos dados coletados, observou-se que a maioria dos participantes (59,8%) encontra-se na faixa etária de 20-39 anos. Tal faixa etária coincide com a de um estudo realizado no Paraná que analisou 823 fichas de mulheres atendidas por consumo abusivo de álcool e verificou que a faixa etária mais prevalente foi a de 20 a 49 anos (OLIVEIRA, 2012). No que diz respeito à religião, 70,1% dos participantes informaram ser católicos.

A maioria dos participantes (58,1%) relatou história de uso problemático de álcool na família, destacando os irmãos (29,1%), a figura paterna (18,8%) e os tios (13,7%) como os familiares que apresentam ou apresentaram o referido problema. Sendo as principais companhias para o consumo de álcool: os amigos (35,9%) e os familiares (19,7%).

Em relação ao uso experimental de outras drogas, cabe a ressalva de que 50,4% dos participantes informaram nunca ter experimentado nenhuma das drogas listadas, mas dentre os que experimentaram, o tabaco aparece em primeiro lugar com 47,9%. Já no que concerne ao uso frequente de outras drogas, a mais utilizada também é o tabaco, com 13,7%, e 84,6% informaram não utilizar, com frequência, nenhuma das drogas listadas. Um percentual de 55,5% dos participantes relatou uso de bebida alcoólica nos últimos 12 meses.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Outro aspecto que merece destaque é a idade de experimentação de bebida alcoólica que variou de 7 a 31 anos, com média de 16,25 anos ($\pm 4,52$). A amostra apresentou um índice de consumo de risco do álcool (49,2%) semelhante ao de outro estudo nacional (SILVA, 2014). Vale ressaltar que houve predomínio de participantes do sexo feminino, 69,2% dos participantes da pesquisa. Os estudos mostram que o consumo entre os homens é mais problemático que entre as mulheres (JOMAR, 2014; ABREU, 2012). Porém, uma revisão sistemática sobre o uso abusivo de álcool na atenção primária, no período de 1997 a 2010, verificou que o consumo entre mulheres mostra-se ascendente na sociedade brasileira (PEREIRA, 2013).

Quanto à escolaridade, a amostra apresentou baixos níveis, indicando que mais da metade dos participantes (57,3%) dos usuários possuem o ensino fundamental incompleto. Estudo semelhante constatou forte associação entre o consumo nocivo de álcool e a baixa escolaridade (JOMAR, 2014 E ABREU, 2012).

No que diz respeito ao estado civil, constatou-se que 73,8% dos usuários de álcool encontram-se solteiros. Um inquérito domiciliar investigou que entre os não casados, as proporções de consumo de risco nocivo e provável dependência de álcool foram maiores que as dos casados (JOMAR, 2014). Porém, também foi encontrada associação entre indivíduos casados e o consumo de álcool (VARGAS, 2014 E ABREU, 2012). Outro estudo mostra que a união estável pode funcionar como um fator de proteção para o consumo de álcool, especialmente entre os homens, já que as mulheres costumam contribuir para que os mesmos tenham mais cuidados com a própria saúde, aconselhando-os, inclusive, a não consumir álcool excessivamente (JOMAR, 2014).

Em relação à variável ocupação e renda mensal, observa-se que 76,9% dos usuários encontram-se desempregados, 32,5% dos participantes informaram receber um salário mínimo e 28,2% declarou depender exclusivamente do Programa Bolsa Família. Consta na literatura, a associação entre o fato de estar desempregado e o padrão de consumo referente à Zona IV do AUDIT (possível dependência de álcool) (VARGAS, 2014).

Ressalta-se que em relação à idade de experimentação, a média foi de 16,25 anos ($\pm 4,52$). Um estudo realizado com estudantes de escolas públicas verificou que a idade desse primeiro contato com o álcool situa-se abaixo dos 18 anos para quase 70% dos entrevistados, um forte indício de que a experimentação de bebidas alcoólicas acontece cada vez mais cedo (ALMEIDA, 2013).

Neste sentido, é essencial a aproximação entre os profissionais e as necessidades de saúde da população atendida na atenção básica, visto que a identificação precoce do consumo de álcool já neste nível de atenção poderá auxiliar no desenvolvimento de estratégias para a prevenção de problemas por ele causados (JOMAR, 2014).

Conclusão

Com base em todo o exposto, foi possível observar uma elevada prevalência de uso de risco do álcool, fato este que possibilita, aos serviços de saúde, o planejamento de cuidados específicos para a referida população, com base na caracterização sociodemográfica realizada e no conhecimento do padrão de consumo de álcool. Faz-se necessária, portanto, a capacitação permanente da equipe de saúde e a inclusão do matriciamento enquanto estratégia de trocas de saberes, de modo que os profissionais estejam preparados para realizar uma abordagem adequada dos usuários em situação de risco para o alcoolismo e daqueles que já tem um padrão de consumo delimitado. Além disso, os estudos que avaliam o padrão de consumo de álcool por meio do questionário AUDIT fornecem indicadores importantes sobre o problema do uso/abuso/dependência de bebidas alcoólicas e permitem, ainda, estimar o nível de confiabilidade do referido instrumento.

Referências

- ABREU, A.M.M.; JOMAR, R.T; SOUZA, M.H.N.; GUIMARÃES, R.M. **Acta Paul Enferm.** Consumo nocivo de bebidas alcoólicas entre usuários de uma Unidade de Saúde da Família. Vol.25, n.2, 291-295. 2012.
- ANJOS, K.F.; SANTOS, V.C.; ALMEIDA, O.S.. **Rev Baiana de Saúde Pública.** Caracterização do consumo de álcool entre estudantes do ensino médio. Vol.36, n.2, 418-431. 2012.
- ALMEIDA, J.F.; CARVALHO, K.D.; CRUZ, S.T.M.; CARVALHO, M.F.A.A.; FIGUEIREDO, R.G.T. **Rev enferm UFPE on line.** Uso de álcool entre estudantes de escolas da rede pública de ensino. Recife. Vol.7, n.2, 397-406. 2013.
- JOMAR, R.T.; ABREU, A.M.M.; GRIEP, R.H. **Ciêñ Saúde Colet.** Padrões de consumo de álcool e fatores associados entre adultos usuários de serviço de atenção básica do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Vol.19, n.1, 27-38. 2014.
- KWON, U.S.; KIM, J.S.; KIM, S.S.; JUNG, J.G.; YOON, S.J.; KIM, S.G. **Korean J Fam Med.** Utility of the Alcohol Consumption Questions in the Alcohol Use Disorders Identification Test for Screening At-Risk Drinking and Alcohol Use Disorders among Korean College Students. Vol.34, n.4, 272-280. 2013.
- LEPRE, R.M.; MARTINS, R.A. **Paideia.** Raciocínio moral e uso abusivo de bebidas alcoólicas por adolescentes. Ribeirão Preto. Vol.19, n.42, 39-45. 2009.
- MALTA, D.C.; SILVA, M.M.A.; LIMA, C.M.; SOARES FILHO, A.M.; MONTENEGRO, M.M.S.; MASCARENHAS, M.D.M.; et al. **Epidemiol Serv Saúde.** Impacto da legislação restritiva do álcool na morbimortalidade por acidentes de transporte terrestre – Brasil. Vol.19, n.1, 77-78. 2008.
- MATTARA, F.P.; ÂNGELO, P.M.; FARIA, J.B.; CAMPOS, J.A.D.B. **SMAD.** Confiabilidade do teste de identificação de transtornos devido ao uso de álcool (AUDIT) em adolescentes. Vol.6, n.2, 296-314. 2010.
- MORETTI-PIRES, R.O.; CORRADI-WEBSTER, C.M. **Cad Saúde Pública.** Adaptação e validação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) para população ribeirinha do interior da Amazônia, Brasil. Rio de Janeiro. Vol.27, n.3, 497-509. 2011.
- OLIVEIRA, J.F.O.; MCCALLUM, C.A.; COSTA, H.O.G. **Rev Esc Enferm USP.** Representações sociais de Agentes Comunitários de Saúde acerca do consumo de drogas. Vol.44, n.3, 611-618. 2010.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Global status report on alcohol and health. Geneva: WHO; 2011. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/
- PEREIRA, O.M.; ANGIRONI, B.M.; FERREIRA, N.C.; OLIVEIRA, M.A.F.; VARGAS, D.; COLVERO, L.A. **Rev Bras Enferm.** Efetividade da intervenção breve para o uso abusivo de álcool na atenção primária: revisão sistemática. Brasília. Vol.66, n.3, 420-428. 2013.
- SILVA, A.G.; GIMENIZ-PASCHOAL, S.R. **Rev LEVS/UNESP.** Uso arriscado de álcool entre escolares de duas cidades do interior do estado de São Paulo, Marília. Vol.10, 290-300. 2012.
- SILVA, J.K.S.; GUIMARÃES, F.J.; PERRELLI, J.G.A.; SANTOS, Z.C.; PAGLIUCA, L.M.F. **Health.** Pattern of alcohol consumption in registered users of a Family Health Unit. Vol.6,1172-1179. 2014.
- SILVA, L.V.E.R.; MALBERGIER, A.; STEMPLIUK, V.A.; ANDRADE, A.G. **Rev Saúde Pública.** Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. Vol.40, n.2, 280-288. 2006.
- VARGAS, D.; BITTENCOURT, M.N.; BARROSO, L.P. **Ciêñ Saúde Colet.** Padrões de consumo de álcool de usuários de serviços de atenção primária à saúde de um município brasileiro. Vol.19, n.1, 17-25. 2014.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

VARGAS, D.; SOARES, J. **Rev bras enferm.** Publicações de enfermeiros sobre álcool e alcoolismo em anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem. Vol.66, n.3, 313-320. 2013.

Agradecimentos

À equipe da unidade de saúde da família lócus da pesquisa, aos participantes e demais colaboradores para que este estudo fosse executado.

PADRÃO DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS EM USUÁRIOS CADASTRADOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Pedro Bruno dos Santos Xavier – Universidade Federal de Pernambuco/UFPE. brunoxaviervt@hotmail.com
Jerssika Karla Sobreira da Silva – Enfermeira
Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli - Universidade Federal de Pernambuco
Fernanda Jorge Guimarães (Orientador) – Universidade Federal de Pernambuco

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Palavras-chave: Enfermagem. Alcoolismo. Atenção primária à saúde.

Resumo

Introdução: O consumo abusivo do álcool é um problema de saúde pública associado a diversos fatores biopsicossociais. A atenção primária é um importante espaço de atuação no que concerne à identificação precoce de usuários de álcool e outras drogas e ao desenvolvimento de ações de educação em saúde com o intuito de diminuir o uso abusivo e promover comportamentos saudáveis. **Objetivo:** Analisar o padrão de consumo de álcool de usuários cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família (USF). **Método:** Estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa, realizado com 207 usuários de uma Unidade de Saúde da Família que responderam ao questionário Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). **Resultados e discussão:** Observou-se predominância do sexo feminino (51,7%), de adultos na faixa etária de 30 e 59 anos (47,8%), do ensino médio incompleto ou completo (38,2%), de casados (54,6%) e católicos (46,4%). Além disso, 45,9% exercem atividade remunerada e 49,8% possuem renda mensal de até um salário mínimo. Os dados mostraram que 40,6% dos usuários apresentam consumo de risco para bebidas alcoólicas. Esse padrão de uso mostrou associação estatisticamente significativa com o sexo masculino, faixa etária de 18 a 30 anos, ausência de religião, pessoas solteiras e que exerciam algum tipo de atividade remunerada. **Conclusão:** Diante do exposto, as ações de educação em saúde na atenção básica devem considerar o perfil apresentado e direcionar suas ações para esse público alvo.

Introdução

Em todo mundo, o consumo abusivo do álcool vem se destacando entre as dez principais causas que levam a mortes prematuras entre a população adulta. O abuso de álcool relaciona-se a problemas em vários âmbitos sociais, dentre eles o trabalho, a família, ao risco físico e também aos aspectos legal.^{1,2}

No Brasil, dados apontam que 23% dos adultos já consumiram bebida alcoólica, como também, apresentaram problemas devido a esse consumo; 28% já usaram abusivamente em, pelo menos, uma vez no intervalo de um ano; 20% desses usuários apresentaram uma frequência maior que a semanal, sendo que 20% utilizam a substância alcoólica em suas próprias moradias. Outras informações adicionais revelaram que 3% dos brasileiros fazem uso demasiado do álcool e 9% apresentam dependência alcoólica.^{3,4}

Ações de educação em saúde e de identificação precoce dos padrões de uso dos brasileiros são necessárias sobretudo no âmbito da atenção básica. O conhecimento da realidade do território subsidiará as estratégias de prevenção do uso abusivo de álcool e outras drogas, bem como de promoção à saúde dos sujeitos e da coletividade.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi analisar o padrão de consumo de álcool de usuários cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de um município localizado na Região metropolitana do Recife - PE.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa. Optou-se pelo estudo transversal por este permitir mapear a distribuição de um fenômeno na população estudada, sem a interferência do pesquisador, delimitando, assim, uma amostra da população e avaliando todas as variáveis dentro desta amostra.^{6,7}

A população do estudo foi composta por usuários cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família. Para compor a amostra foram selecionados indivíduos de acordo com os seguintes critérios de elegibilidade: indivíduos acima de 18 anos e de ambos os sexos. Foram excluídos do estudo, os sujeitos que possuíam algum tipo de déficit cognitivo que o incapacitasse de responder o instrumento de coleta de dados.

Os dados foram coletados por meio de questionário sócio - demográfico e do AUDIT (*Alcohol Use Disorder Identification Test*). Trata-se de um instrumento de rastreamento composto por dez questões, em que o escore total pode variar de zero a quarenta pontos. Podem ser identificados quatro padrões que dizem respeito ao uso do álcool ou zonas de risco, quais sejam: uso de risco baixo ou zona de risco I (0 a 7 pontos), uso nocivo ou zona de risco II (8 a 15 pontos), uso nocivo ou zona de risco III (16 a 19 pontos) e provável dependência ou zona de risco IV (20 a 40 pontos). As primeiras três questões do AUDIT avaliam a quantidade, frequência e embriaguês; as três seguintes, os sintomas de dependência; e as quatro últimas avaliam o risco de consequências danosas ao usuário.^{3,9}

Os participantes foram selecionados por meio de um sorteio aleatório simples a partir das fichas A da respectiva USF lócus do estudo. Os dados coletados foram organizados em uma planilha do software excel e analisados por meio de estatísticas descritivas e testes de associação (Teste de Qui-quadrado ou Teste exato de Fisher). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (CAAE: 21018913.0.0000.5208).

Resultados e Discussão

A maioria dos entrevistados (51,7%) é do sexo feminino, com idade média compreendida entre 30 e 59 anos (47,8%). Ademais, 38,2% possui ensino médio incompleto ou completo, 54,6% são casados, 46,4% católicos, 45,9% exercem atividade remunerada e 49,8% possuem renda mensal de até um salário mínimo. Os dados do estudo apontam que 40,6% dos usuários apresentam consumo de risco para bebidas alcoólicas. O consumo de risco mostrou associação estatisticamente significativa com o sexo masculino, faixa etária de 18 a 30 anos, ausência de religião, pessoas solteiras e que exerciam algum tipo de atividade remunerada.

A pesquisa apresentou índices de consumo de risco do álcool (40,6%) semelhantes aos de outros estudos nacionais, assim como mostrou semelhança com outro aspecto que diz respeito ao padrão de consumo do álcool, de modo que a literatura descreve que os homens apresentam maior consumo de risco do que as mulheres, chegando a quase duas vezes mais essa relação.^{10,8}

Com base nos resultados encontrados, uma variável ainda pouco estudada que pode influenciar no padrão de consumo do álcool é a religião. Nesta pesquisa, pode-se observar que os usuários que apresentaram consumo de risco (57,1%) não possuíam nenhuma religião. Supõe-se, assim, que a religião pode agir como fator protetor em relação ao consumo de álcool na população estudada. Estudos apontam que fazer parte de alguma prática religiosa está associado a um menor consumo de substâncias psicoativas, como o álcool; servindo assim como um fator de proteção contra o uso.^{11,12}

Em relação à faixa etária, a pesquisa mostrou que o consumo de risco está entre jovens de 18 a 30 anos de idade. Alguns estudos demonstram que o álcool é frequentemente experimentado na adolescência, período de transição entre a dependência dos pais para uma condição de autonomia pessoal marcado por intensas modificações de natureza biopsicossocial, e por isso mesmo caracterizado por uma maior vulnerabilidade à adoção de comportamentos de risco, como o uso e abuso de substâncias.¹³ O presente estudo apontou que 51,2% dos pesquisados são jovens, corroborando assim com diversos estudos que relatam que a maior incidência do consumo de álcool está entre os sujeitos com idades entre 11 e 27 anos.^{8,13,14}

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Sobre o estado civil, uma pesquisa apontou que o consumo abusivo do álcool está diretamente ligado com a situação conjugal (solteiro)¹⁵ e outro destacou que o fato de ser casado apresentou associação com a redução de ingestão de bebidas alcoólicas.¹⁶ Quanto à variável relacionada com a ocupação, os resultados não corroboram com outros achados que demonstraram que os homens que relataram não possuir algum trabalho apresentaram razão de prevalências 65,0% maior para o uso de risco em relação àqueles que estavam exercendo atividade remunerada.¹⁵ Assim, esse estudo traz um novo perfil de consumo de risco, de modo que 67,9% dos usuários possuía uma ocupação e esse achado mostrou associação estatística com o uso de risco.

Conclusão

Esta pesquisa demonstrou uma elevada frequência de consumo de álcool entre comunitários de uma Unidade de saúde. Esse uso mostrou associação com o sexo masculino, idade jovem, estado civil solteiro, ausência de religião e exercício de atividade remunerada. Assim, as ações de educação em saúde na atenção básica devem considerar o perfil apresentado e direcionar suas ações para esse público alvo.

Ademais, faz-se importante a capacitação dos profissionais de saúde para a utilização de instrumentos de rastreamento dos padrões de uso de álcool, haja vista que essas ferramentas podem ser substanciais para identificar precocemente o consumo abusivo. Recomenda-se que outros estudos desta natureza sejam desenvolvidos com amostras maiores no âmbito da atenção primária, buscando-se maior mapeamento territorial e melhor planejamento de ações específicas para cada comunidade de acordo com seu perfil de consumo.

Referências

- Abreu MMA, *et al.* Uso de álcool em vítimas de acidentes de trânsito: estudo do nível de alcoolemia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2011;18: 513-20
- Barbosa NJ, Mangueira SO, Albuquerque JG, Guimarães FJ. Cuidado de enfermagem a pacientes alcoolistas: percepção da equipe de enfermagem. *Res Bras. Pesq. Saúde*. 2013;15(2): 88-93.
- Pires ROM, Webster CMC. Implementação de intervenções breves para uso problemático de álcool na atenção primária, em um contexto amazônico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2011;19(número especial): 813-20.
- Webster CMC, Laprega MR, Furtado EF. Avaliação do desempenho do CAGE com pacientes psiquiátricos ambulatoriais. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2005;13(número especial):1213-8.
- Vargas D, Oliveira FAM, Araújo CE. Prevalência de dependência alcoólica em serviços de atenção primária à saúde de Bebedouro São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2009; 25(8):1711-20.
- Froemming LMS, *et al.* Análise da qualidade dos artigos científicos da área de marketing no Brasil: As pesquisas *Survey* na década de 90. *Rev. de Administração Contemporânea*, 2000; 4: 201-19.
- Reis FB, Ciconelli RM, Faloppa F. Pesquisa científica: a importância da metodologia. *Rev. Brasileira de Ortopedia*, São Paulo, 2002; 37(3):51-55.
- Magnabosco MB, *et al.* Avaliação dos padrões de uso de álcool em usuários de serviços de Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora e Rio Pomba (MG) *Rev Bras Epidemiol*. 2007; 10(4):637-47
- Abrel AMM, Jomar RT, Paixão LAR. Alcohol use disorders identification test (audit) e sua aplicabilidade na atenção primária à saúde. *Revista APS*. 2011; 15(1):113-17.
- Abreu AMM, Jomar RT, Souza MHN, Guimarães RM. Consumo nocivo de bebidas alcoólicas entre usuários de uma Unidade de Saúde da Família. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(2):291-5.
- Silva LVER, *et al.* Consumo de álcool e drogas por universitários. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(2):280-8.
- Wallace JM Jr, Brown TN, Bachman JG, Veist TA. The influence of race and religion on abstinence from alcohol, cigarettes and marijuana among adolescents. *J Stud Alcohol*. 2003;64(6):843-8.
- Laranjeira R, Pinsky I, Zalesky M, Caetano R. Levantamento Nacional sobre Padrões do Consumo de Álcool na População Brasileira. Brasília, 2007.
- Rocha LA, *et al.* Consumo de Álcool entre Estudantes de Medicina. *Rev. Brasileira de Educação Médica*. 2011;35(3):369–75.
- Guimarães VV, *et al.* Consumo abusivo e dependência de álcool em população adulta no Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2010; 13(2):314-25.
- Karlamangla A, Zhou K, Reuben D, Greendale G, Moore A. Longitudinal trajectories of heavy drinking in adults in the United States of America. *Addiction*. 2006;101:91-9.

PANORAMA DA GESTÃO DAS TECNOLOGIAS ASSISTENCIAIS UTILIZADAS NO PRÉ-NATAL

Jéssica Cardoso Bastos (apresentadora) – Universidade de Fortaleza
Patrícia Moreira Collares – Universidade de Fortaleza pmcollares@yahoo.com.br
Isabella Lima Barbosa – Universidade de Fortaleza
Daniella Barbosa Campos – Universidade de Fortaleza
Jarlideire Soares Freitas – Universidade de Fortaleza
Raimunda Magalhães da Silva (Orientador) – Universidade de Fortaleza

Palavras-chave: Cuidado pré-natal. Tecnologia da informação. Gravidez. Atenção Primária à Saúde.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Resumo

As informações em saúde, no processo de gestão dos serviços, é de grande importância no diagnóstico da situação de saúde, planejamento e avaliação das ações, tanto quando usada pelos gestores quanto pelos profissionais de saúde e pela população, pois as mesmas ajudam no poder de decisão na assistência de saúde. Objetivou-se investigar o panorama da gestão das tecnologias assistenciais utilizadas no pré-natal. A entrevista narrativa com os gestores transcorreu entre março e abril de 2013 e versou sobre as necessidades de adequação de um sistema para o atendimento pré-natal. A quantidade de respondentes foi calculada à medida que as respostas se repetirem em pelo menos 50% das entrevistas realizadas. As entrevistas foram norteadas pela questão: *Narre sobre a utilização de tecnologias e em saúde na rotina da unidade básica de saúde, durante o pré-natal?* Os participantes forneceram elementos para a construção da tecnologia a ser aplicada no atendimento da gestante no pré-natal, de modo a facilitar a apreensão das orientações sobre o pré-natal. Relativo ao grau de conhecimento destes profissionais sobre a rotina de utilização de tecnologias no atendimento ao pré-natal percebe-se uma necessidade de maior apropriação do assunto por parte dos gestores. O processo de trabalho deve ser repensado, possibilitando a aplicação de novas metodologias e tecnologias, para que o sistema informatizado atenda a alimentação de dados, colaborando para pesquisas que aperfeiçoem com qualidade a gestão da assistência pré-natal.

Introdução

O processo de gestão dos serviços tem um componente essencial que são as informações em saúde, as quais se inserem entre as políticas de saúde do Brasil, por ser muito útil no estudo dos problemas de saúde e no processo saúde-doença, que tem aplicabilidade no diagnóstico da situação de saúde, planejamento e avaliação das ações, tanto quando usada pelos gestores, como quando utilizada pelos profissionais de saúde e pela população. As informações geradas proporcionam organização e dá aos profissionais uma melhor decisão na efetivação de uma assistência em saúde resolutive (LIMA; CORREA, 2012).

No caso da saúde, as necessidades estão organizadas em quatro grupos: Primeiro diz respeito, a ter boas condições de vida, o outro conjunto, fala da necessidade de se ter acesso e se poder consumir toda a tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida, o terceiro diz respeito, à insubstituível criação de vínculos efetivos entre cada usuário e uma equipe e ou um profissional, um quarto diz respeito à necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida (CECÍLIO, 2001).

O objetivo do presente estudo foi investigar o panorama da gestão das tecnologias assistenciais utilizadas no pré-natal.

Metodologia

Pesquisa de abordagem qualitativa na qual foram realizadas entrevistas narrativas com os gestores que transcorreu entre março e abril de 2013 e versou sobre as necessidades de adequação de um sistema para o atendimento pré-natal. A quantidade de respondentes foi calculada à medida que as respostas se repetirem em pelo menos 50% das entrevistas realizadas. As entrevistas foram norteadas pela questão: *Narre sobre a utilização de tecnologias e em saúde na rotina da unidade básica de saúde, durante o pré-natal?* Esses participantes nos deram elementos constitutivos para elaboração da tecnologia a ser aplicada no atendimento da gestante no pré-natal, de modo a facilitar a apreensão das orientações.

Em prol de obter maior credibilidade com a pesquisa e uma inserção aprofundada, das pesquisadoras, no cenário que emergem os fatos, falas e ações dos sujeitos, utilizamos a triangulação dos dados. Assim, incorporamos na coleta de dados além do roteiro de entrevista, um registro de diário de campo e um *check-list*. As entrevistas transcorram em ambiente apropriado e as respostas foram gravadas sob consentimento dos participantes. Para análise dos aspectos estruturais da narrativa adotou-se a proposta por Gomes e Mendonça (2002) e Gomes (2007).

Pesquisa Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da Universidade de Fortaleza, para sua posterior execução.

Resultados e Discussão

No levantamento do panorama sobre a gestão das tecnologias usadas na realidade do pré-natal em unidades básicas de saúde da família investigamos quatro dos vinte Centros de Saúde da Família (CSF), pertencentes à Secretaria Regional VI, da Prefeitura Municipal de Fortaleza.

O Ministério da Saúde deu início à instituição de dois processos no campo da gestão de tecnologias em saúde, onde um discursava sobre produção, sistematização e difusão de estudos de avaliação de tecnologias em saúde (ATS) e o segundo discursava sobre adoção de um fluxo para incorporação, exclusão ou alteração de novas tecnologias pelo SUS. Esses processos compõem a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS) com intenção de maximizar os benefícios de saúde a serem obtidos com os recursos disponíveis, assegurando o acesso da população a tecnologias efetivas e seguras, em condições de equidade (SILVA; PETRAMALE; ELIAS, 2012). O Ministério da Saúde lançou um Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), o qual tem como proposta a humanização como estratégia para melhorar a qualidade da atenção à saúde materna. O propósito do programa é reduzir a mortalidade materna, certificando o direito da gestante de acesso a um atendimento com qualidade (HANDELL; CRUZ; SANTOS, 2014).

Caracterização dos Gestores de Unidades Básicas de Saúde

Dos quatro gestores pesquisados, três eram do sexo masculino, um era graduando em Direito e os outros tinham de 05 a 29 anos de graduação na área de saúde. Quando indagados com relação à pós-graduação um relatou não ter realizado, três mencionaram Especialização Saúde Coletiva/Pública e destes dois informaram ser Mestre em Saúde Coletiva/Pública. E quanto ao tempo no serviço observamos variação desde um mês até 27 anos no mesmo cargo.

Relativo ao grau de conhecimento destes profissionais sobre a rotina de utilização de tecnologias no atendimento ao pré-natal percebe-se uma necessidade de maior apropriação do assunto por parte dos gestores. Tal fato pode interferir negativamente na tomada de decisão destes profissionais para a gerência de recursos que favoreça um atendimento de maior qualidade e resolutividade.

Quando solicitamos que narrassem sobre a existência, uso e avaliação de tecnologia no atendimento do pré-natal, foi mencionado: *Existem as questões normatizadas de acompanhamento [...] o SISPRENATAL, tudo isso é realizado. [...] quando se trata de avaliação e acompanhamento a nível mais central [...] eu não tenho propriedade pra tá avaliando isso [...] não é minha área de formação, por que eu sou dentista [...] o que eu posso dizer é que tem uma rotina de acompanhamento de gestantes [...] em algumas equipes acontece melhor [...] algumas, um pouco menos.*”(Gestor 1)

O Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (SISPRENATAL) possibilita monitorar se os critérios mínimos estabelecido pela PHPN estão sendo realizados e a melhoria da gestão dos serviços, através de relatórios e indicadores

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

de processo e resultado sobre a atenção pré-natal e puerperal, permitindo aos gestores fazer o acompanhamento da assistência prestada (LIMA; CORREA, 2012).

Implicações da Gestão das Tecnologias Assistenciais De Apoio A Gestação no Serviço de Pré-Natal

De acordo com o Ministério da Saúde, o atendimento às gestantes deve acontecer no sentido de reduzir a morbimortalidade materna e infantil. Adotando-se os meios que garantam a melhoria do acesso, da cobertura e a qualidade do acompanhamento do pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e assistência neonatal, não esquecendo os aspectos biopsicossociais, considerando seus sentimentos, seus medos, e a cultura a que pertence essa mulher (BRASIL, 2011).

Quando indagados sobre quais profissionais utilizam rotineiramente estas três tecnologias, eles informaram que a categoria médica e a de enfermagem utilizavam todas elas. E, em somente duas unidades eles retrataram que outras categorias de profissionais da assistência em saúde faziam uso destas tecnologias. Relacionado aos locais de aplicação destas tecnologias foi mencionado seu uso tanto dentro do centro de saúde nos momentos de intervenção individual e grupal quanto nas visitas domiciliares e espaços comunitários.

A relação sujeito/usuário é fator essencial para uma boa assistência, o profissional dispõe de uma série de práticas assistenciais que possibilita o uso das diferentes tecnologias de trabalho. Para que possamos utilizá-las se faz essencial o conhecimento das necessidades de saúde dos usuários, para o seu uso racional. *“Há quatro meses assumi o PSF (referindo-se ao Centro de Saúde da Família) e conheço as três categorias de tecnologias no processo de trabalho em saúde.” (Gestor 2).*

Percepção dos Gestores Sobre a Aplicabilidade das Tecnologias no Pré-Natal

Do *check-list* aplicado aos gestores podemos obter os seguintes dados: todos mencionaram que detinham os três tipos de tecnologia que abordavam os mais variados temas relacionados ao período gravídico-puerperal, como alterações gestacionais, imunização, idade gestacional, alimentação, vestimentas, exames, desenvolvimento do feto, patologias como diabetes melito, hipertensão arterial sistêmica e doenças sexualmente transmissíveis, sexualidade, direitos da gestante, informações sobre o parto, cuidados com o neonato, dentre outros temas.

Os gestores também afirmaram ofertar momentos de educação em saúde e acolhimento às gestantes, nos devidos centros de saúde. A fala a seguir retrata tal panorama: *“São realizadas algumas atividades e estratégias proporcionando informações as gestantes sobre o período gravídico, uma vez por semana.” (Gestor 4).* Porém alguns profissionais de saúde das unidades nos repassaram, durante a nossa vivência no campo, que não havia regularidade nestes grupos.

Embora todos os gestores informarem possuir na unidade suporte material de apoio a assistência pré-natal como fita métrica, sonnar, pinnard, aparelho de pressão, balança, cálculos de IG e DPP, vacinas e exames, eles referem bastante insatisfação na quantidade (insuficiente), qualidade (danificados) e disponibilidade das tecnologias leve duras e duras: *“[...] as tecnologias duras prevalecem no atendimento, ainda que insuficiente. Não acredito que diante desse complexo problema o uso de tecnologias, nas três categorias, esteja tão distante da nossa realidade” (Gestor 4)*

Os dados mostram a existência das três tecnologias (leve, leve-duras e duras), sendo umas mais corriqueiras, outras mais ausentes. Predominando as tecnologias leves, podemos dizer que, quase sempre, são utilizadas em razão da importância do acolhimento no cuidado. Os entrevistados ressaltam o vínculo e a educação em saúde como componentes indispensáveis para a relação de vínculo interpessoal entre o profissional e usuária do serviço. *“Na realidade, nós já temos um vínculo com a comunidade, muito bom. É uma unidade [...] que já trabalha na lógica da ESF há bastante tempo [...] Quando a gente ingressou aqui, as gestantes não procuravam muito a unidade, devido a distância [...] Hoje a área azul consegue fazer o pré-natal. [...]” (Gestor 1).* O gestor refere-se a área azul como um território de abrangência do centro de saúde, porém de maior distância o que compromete o acesso dos usuários.

De acordo com Vasconcelos (2011) as ações da ESF destinam-se a oferecer um serviço de qualidade às minorias que tem dificuldades de acesso à saúde e promover maior integralidade de assistência.

Observou-se que os profissionais enfrentam diversas dificuldades na realização do atendimento das consultas no pré-natal, entre elas, quantidade insuficiente de equipamentos, falta de estrutura física, recursos humanos, insuficiente quantidade de material para exercer o trabalho e deficiência no sistema de informatização. *“As tecnologias leves estão sendo colocadas em prática, visto que em algumas situações, as duras acabam que interferindo no atendimento, sendo priorizada a quantidade do atendimento e não a qualidade. Devido ao extenso sistema de informatização em vigor, tal fato acaba por comprometer o atendimento, consequentemente este fica inadequado.” (Gestor 2).* Torna-se imperativo que essa situação passe por transformações, pois é de grande relevância para o processo de trabalho em saúde gestacional.

O profissional de saúde tem papel fundamental, ele compartilha responsabilidades, o usuário na maioria das vezes não entende a importância da prevenção e do autocuidado, a escuta leva o usuário a perceber suas necessidades, reconhecendo sua capacidade e autonomia, questionando sobre o seu modo de vida. O profissional deve perceber o usuário com alteridade para que desta forma o mesmo possa decidir sobre o que é melhor para sua vida (AYRES, 2006).

Quando os gestores foram indagados sobre o repasse de informações à gestante, por escrito, todos eles confirmaram que elas recebiam os dados clínicos. Os entrevistados foram questionados se esses modelos realmente facilitavam e oportunizavam a aprendizagem delas, novamente os quatro confirmaram, que se promovia uma melhor compreensão das informações repassadas.

Com a implantação da Estratégia de Saúde da Família, surge um novo modelo que se propõe a atender às necessidades de saúde do sujeito (mulher), a qual deve ser vista de forma integral. É preciso que o gestor repense sobre o processo de trabalho, possibilitando à aplicação de novas metodologias e tecnologias. *“Por volta de seis meses assumi a ESF na UBS, estou tentando inserir qualidade de serviço no atendimento do pré-natal [...] acho que o sistema informatizado exige muita burocracia, [...] ele não foi elaborado para facilitar o trabalho.” (Gestor 2)*

Os sistemas informatizados atendem às necessidades de modernização dos serviços, bem como de alimentação dos sistemas de informação vigentes na área, a exemplo do DATASUS e, mais especificamente, do SISPRENATAL. Assim, possibilita a alimentação de dados para pesquisas que aperfeiçoem com qualidade a gestão da assistência pré-natal no município de Fortaleza.

Cherchiglia et al. (2010) alertam sobre os desafios impostos no uso de sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS), ao esclarecer que no Brasil existem dezenas de sistemas de informação de base nacional que são fontes de dados estratégicos para as políticas de saúde pública, porém a inexistência de comunicação entre eles gera repetição de trabalho na coleta e processamento de dados.

Melhorar a qualidade no atendimento do pré-natal requer esforços constantes das autoridades de saúde, dos profissionais que executam ações, estando estes, alerta aos problemas existentes, procurando solucioná-los de forma a caracterizar o cuidado baseado na integralidade.

Os resultados do presente estudo confirmam a necessidade de aperfeiçoamento da gestão no contexto geral dos centros de saúde da família, revelando algumas lacunas no conhecimento das tecnologias e fragilidades nos seus reais benefícios para saúde materna. *“[...]”*

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

“ não tenho conhecimento sobre o uso de tecnologias no processo de trabalho em saúde e não me passaram no decorrer da graduação.” (Gestor 4).

Os gestores pesquisados sugerem que haja maiores condições de trabalho que envolve desde o repasse de informações de gestão em saúde nas diversas áreas como infraestrutura, disponibilização de recursos técnicos e educativos, para, assim, enfrentar de forma resolutiva os obstáculos que surgem, conferindo as gestantes uma assistência que esteja em consonância com os programas ministeriais voltados à saúde da mulher.

Conclusão

Quando se trata de tecnologia no atendimento ao pré-natal, nota-se que há uma falta de conhecimento por parte dos gestores quanto a rotina de utilização, que pode vir a interferir negativamente na gerência de recursos , desfavorecendo a qualidade e resolutividade do atendimento.

As unidades detinham os três tipos de tecnologia, acerca dos mais variados temas no que diz respeito ao período gravídico-puerperal. É fornecido também educação em saúde e acolhimento as gestantes, porém os grupos não são regulares

Tem-se também nas unidades material de apoio, porém há uma insatisfação quanto a quantidade, qualidade e disponibilidade das tecnologias leve duras e duras, predominando assim as tecnologias leves, que não deixa de ser importante, aumentando o vínculo dos profissionais de saúde com as usuárias do serviço, contudo as tecnologias duras devido sua burocracia acabam por interferir na qualidade de atendimento, priorizam a quantidade e não a qualidade do atendimento.

A mulher precisa ser vista como um todo, para que se possa decidir o que é melhor para sua vida, o processo de trabalho deve ser repensado, possibilitando à aplicação de novas metodologias e tecnologias, para que o sistema informatizado atenda a alimentação de dados, colaborando para pesquisas que aperfeiçoem com qualidade a gestão da assistência pré-natal.

Referências

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011.

CHERCHIGLIA M.L. et al. O uso de sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS) na análise de desfecho: limites e perspectivas. In: NITA, M.E. et al. **Avaliação de tecnologias em saúde:** evidência clínica, análise econômica e análise de decisão. Porto Alegre: Artmed, 2010.

GOMES, R. Análise e Interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2007.

GOMES, R.; MENDONÇA, E.A. A Representação e a experiência da doença: princípios para a pesquisa qualitativa em saúde. In: MINAYO, M.C.S; Deslandes, S.F. **Caminhos do pensamento:** epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

LIMA, Aline Pinto de; CORREA, Áurea Christina de Paula. A produção de dados e informações para o sispre-natal no nível central de gestão. **Ciênc. cuid. saúde**. 2012, vol.11, n.2, pp. 352-359.

SILVA, Hudson P; PETRAMALE, Clarice A; ELIAS, Flavia T S. Avanços e desafios da política nacional de gestão de tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**. 2012, v.46, suppl.1, pp. 83-90. Epub Dec 11, 2012.

Agradecimentos

Agradecimento aos profissionais e estudantes das áreas de Enfermagem e Tecnologia da Informação e Comunicação (Computação – Núcleo de Aplicação em Tecnologia da Informação (NATI) e Publicidade) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), que participaram diretamente da construção do aplicativo “Mamãe dia-a-dia”.

PAPANICOLAOU: PERFIL DAS MULHERES QUE NÃO SE INTERESSAM PELO RESULTADO DO EXAME.

Maria Alrimar Cavalcante Freitas Pinheiro (apresentador) - Universidade de Fortaleza alrimar.pinheiro@hotmail.com

Jamille Saraiva de Sousa – Universidade de Fortaleza

Dra. Isabela Melo Bonfim- Universidade de Fortaleza

Ms. Conceição De M. Albuquerque- Universidade de Fortaleza

Ms. Regina Célia Carvalho da Silva (Orientadora) - Universidade de Fortaleza

Saúde da Mulher. Neoplasias do Colo Uterino. Esfregaço Vaginal.

Resumo

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Objetivo: Investigar o perfil citopatológico das mulheres que não retiraram o resultado do exame papanicolaou da unidade de saúde.

Método: O estudo foi realizado em um centro de saúde da família, situado em Fortaleza, a coleta de dados foi realizada nos meses de setembro e outubro de 2013, foram analisados 603 resultados da colposcopia oncológica retidos no Serviço de Saúde no período de 2010 a 2012. Posteriormente, os dados foram digitados e armazenados em planilhas no programa Microsoft Excel, devidamente registrados em formulário-padrão, com a análise das seguintes variáveis: idade, data do exame, processo inflamatório, microbiologia e alteração celular. Os dados foram apresentados em forma de gráficos e tabelas. **Resultados e Discussão:** Constatou-se que muitas mulheres não se interessam pelo resultado do exame preventivo do câncer cérvico-uterino, deixando de assumir o papel de protagonistas no processo de autocuidado e de busca pelo seu bem estar. O agente microbiológico, trichomonas vaginalis esteve presente em 0,5% (n=3) dos laudos não retidos da unidade. Considerado um fator de alerta, pois sua principal via de transmissão é a sexual. A gardnerella vaginalis totalizou 75% (n=3) dos laudos, reforçando a relação de influência que a vaginose bacteriana exerce sob a evolução da lesão epitelial de baixo grau. **Conclusão:** Estratégias baseadas em educação em saúde e na sensibilização das mulheres acerca do quão são importantes a realização do exame, bem como a continuidade da assistência, são essências para que as metas de promoção, prevenção e controle da doença sejam alcançadas.

Introdução

O câncer cervical é apontado como sendo o segundo tumor mais frequente entre as mulheres e conseqüentemente, causa importante de mortalidade dentre essa população. No Brasil, esta neoplasia, é superada apenas pelo câncer de mama tendo contabilizado um total de 4986 mortes sendo o instituto nacional do Câncer (Brasil, 2013). Fato que o configura em um problema de saúde pública, justificado pelos altos índices da doença.

Apesar do câncer do colo uterino, ser uma doença com alto grau de letalidade e morbidade na população feminina se manifesta de maneira lenta o que possibilita sua detecção ainda na fase pré-clínica, onde apresenta um alto índice de cura podendo chegar a 100% quando é, precocemente, diagnosticado, segundo o Instituto nacional do Câncer. Todavia, no Brasil o câncer do colo do útero (CCU) é considerado um problema de saúde pública, por apresentar a segunda maior taxa de mortalidade dentre as mortes causadas por doenças. Como instrumento principal na detecção de casos novos no âmbito da atenção primária, é preciso aumentar a taxa de cobertura da população alvo, a fim de provocar impacto nos índices de incidência da doença. Para tanto é recomendado a realização do exame oncológico periodicamente, fato que viabiliza a estratégia de rastreamento. (OMS, 2013).

Mesmo com a existência de programas para rastreamento e detecção precoce do câncer do colo uterino (CCU), alguns os fatores funcionam como empecilhos no sucesso dos programas de *screening*, podemos destacar não só a baixa cobertura do exame preventivo, mas também o não retorno ao serviço de saúde para receber o resultado do Papanicolaou, considerado um problema de Saúde Pública. Em alguns serviços de saúde não é garantida às mulheres, a consulta de retorno, o que pode contribuir para o aumento da taxa de não retorno e para o possível comprometimento do tratamento e acompanhamento das mesmas (VASCONCELOS *et al*, 2010). Deste modo, quando a mulher não retorna ao serviço de saúde desperdiçam a oportunidade de receber informações sobre a neoplasia, e ainda sobre as doenças sexualmente transmissíveis e sua prevenção.

Tendo conhecimento das estimativas de novos casos, bem como o número de mortes ocorridas decorrentes ao câncer do colo uterino, faz-se necessário um olhar diferenciado por parte dos profissionais da atenção básica, principalmente da atenção básica, considerada a porta de entrada do sistema.

Nesta conjuntura, é intrigante o fato da mulher se submeter ao exame, porém não retorna a unidade para busca o resultado do mesmo. Fato, este, que ocasiona uma quebra na continuidade ao cuidado de sua saúde. Assim, questiona-se qual o perfil o perfil citopatológico das mulheres que não demonstram interesse pelo resultado do exame Papanicolaou.

O Objetivo do estudo foi investigar o perfil citopatológico das mulheres que não demonstram interesse pelo resultado do exame Papanicolaou.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa documental retrospectiva. Foi realizado em Centro de Saúde da Família, situado em Fortaleza, onde atuam duas equipes da Estratégia de saúde da família, com 22 Agentes Comunitários de Saúde, com população adscrita no total de 42.000 pessoas.

A população foi composta por mulheres que procuraram o Centro de Saúde para a realização do exame Papanicolaou, mas que não retornaram para fazer a retirada do resultado. A amostra do presente estudo será do tipo intencional, como critérios de inclusão adotados estão todas as mulheres que realizam o exame preventivo durante o período de janeiro de 2010 a dezembro de 2012 e coletados os dados das pacientes e do resultado dos exames. Foram excluídos os resultados inconclusivos.

A coleta de dado foi feita na própria unidade de saúde, por meio de um instrumento padronizado onde foi possível identificar a idade, data da realização e resultado do exame. Posteriormente, os dados foram digitados e armazenados em um banco de dados no programa Microsoft Excel.

Após a análise da distribuição da frequência das variáveis coletadas os resultados foram apresentados em figuras e tabela.

Foram respeitados os aspectos éticos para pesquisa envolvendo seres humanos, em concordância com a resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, por meio de carta de autorização para a realização da coleta de dados na instituição.

Resultados e Discussão

Dentre as mulheres que não retornaram ao centro de saúde para receber o resultado da Colposcopia Oncológica-CO, a idade variou entre 12 a 86 anos, com média de 49. Aquelas com 35 anos ou mais representaram 45,44% (n=274).

Da análise dos 603 laudos resultantes dos exames citopatológicos retidos na Unidade de saúde de 2010 a 2012, é notória as variações na quantidade de laudos em relação aos meses e aos anos (Figura 1).

De modo que durante os anos pesquisados, somente em junho de 2012 foram entregues todos os resultados do exame preventivo na unidade de saúde estudada.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

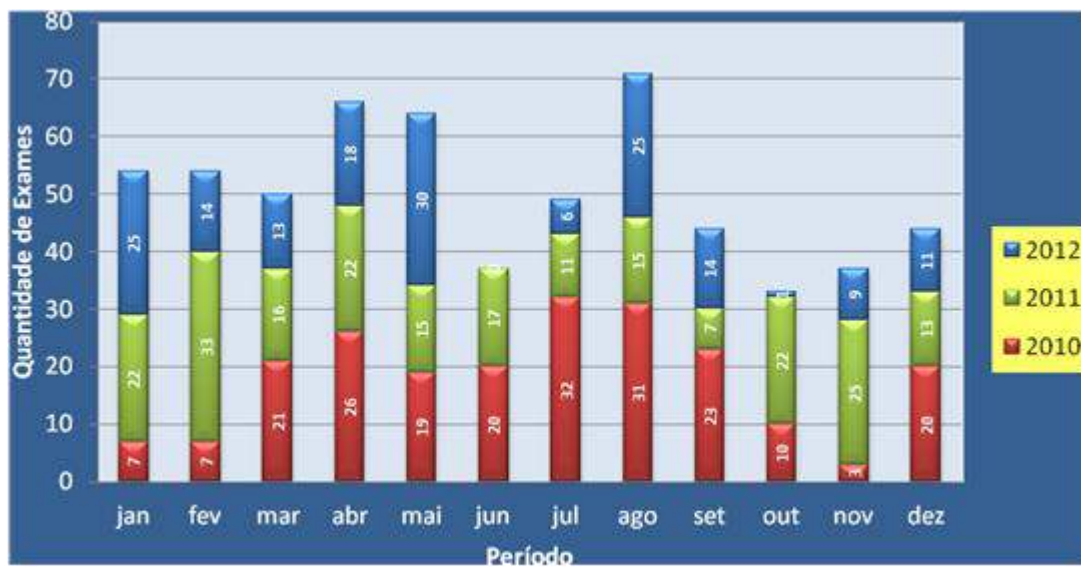


Figura 1 – Distribuição total de exames não retirados de 2010 a 2012.

O número total de laudos em 2010 foi superior, em comparação aos demais anos, já que apresentou 36,31% (n=219) do total de exames. O que significa 31,93% (n= 53) a mais do total de laudos resultantes do ano de 2012, ano em que teve 27,53% (n=166), considerada o menor índice anual exames não recebidos pelas mulheres.

Esta realidade vai de encontro com um estudo realizado com 122 mulheres com faixa etária de 30 a 40 anos, residentes no município de Santa Maria, no Rio Grande do Sul, em que a maioria das participantes relataram exercer a prática de retornarem ao centro de saúde para buscar o resultado do exame preventivo. E ainda, 52% das usuárias declararam que são motivadas pelo interesse, bem como a preocupação em saber como está a sua saúde (BRUNA *et al.* 2012). Ou seja, além dessas mulheres retornarem ao Centro de Saúde ainda são sensibilizadas no que diz respeito à importância da prevenção ao Câncer do Colo Uterino-CCU, bem como à importância de um tratamento precoce para os casos positivos, fato não evidenciado pelo presente estudo, levando em conta o montante de exames com os seus resultados desconhecidos pelas próprias usuárias do serviço.

Em contrapartida, um estudo realizado em Uberaba/MG demonstrou que 8% (n=38), relataram ficar tranquilas após a realização do exame, pois acreditam já estarem protegidas (VALENTE *et al.*, 2009).

A colonização cérvico-vaginal teve como principal causa os cocos e bacilos 51,24% (n=309), portanto mais da metade das amostras. Em seguida os lactobacilos com 24,88% (n=150), Gardnerella 23,71% (n=143), cândida 9,29% (n=56) e por fim, Trichomonas 0,50% (n=3). Os resultados ausentes apresentaram 0,33 (n=2) (Figura 2).

A faixa etária de 21-30 anos, foi a mais acometida pela Gardnerella tendo expressado uma porcentagem de 37,76% (n=54).

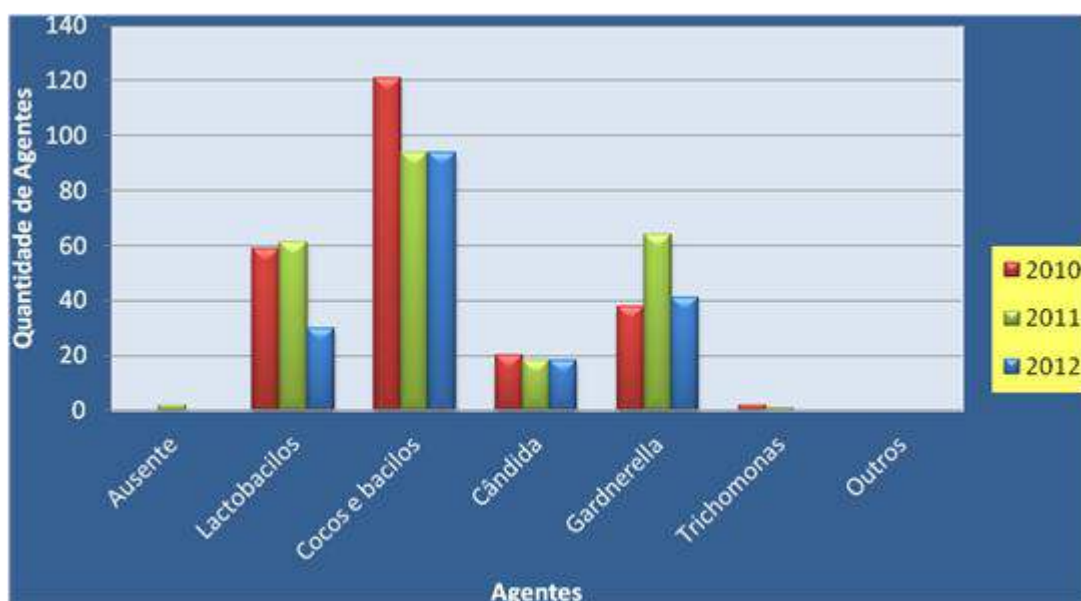


Figura 2 – Distribuição dos agentes microbiológicos 2010-2012.

No tocante aos achados microbiológicos, de acordo com a análise das amostras satisfatórias, ou seja, daquelas em que é permitida uma conclusão diagnóstica foi identificada a presença de cocos e bacilos 51,24% (n=309), dados que corroboram com uma pesquisa documental realizada em um bairro de Fortaleza, em que, segundo Vasconcelos *et al.* (2010), os cocos e bacilos estavam presentes em 42,6% dos laudos citopatológicos. O presente estudo admite, ainda, correlacionar valores da *Trichomonas vaginalis* 0,5% (n=3) com a pesquisa supracitada onde sua taxa foi de 3,1% (n=7).

Em ambos os casos foram observadas cotas relativamente baixas, se comparados com os demais agentes microbiológicos identificados. Neste sentido, o resultado do exame Papanicolaou pode ser alterado pela identificação deste protozoário na citologia. Assim, sua presença na CO é suficiente para que seja implementado o tratamento da mulher e do seu parceiro, já que a Tricomoniase é uma doença que tem como principal via de transmissão a sexual (LING *et al.*, 2010).

Portanto, nos casos em que a Trichomonas estiver presente, justifica-se a preocupação com a progressão da doença, uma vez que esta é transmitida através do sexo desprotegido. Este evento é agravado pelo fato das mulheres não retornarem ao centro de saúde para retirarem os laudos, permanecendo assim, desconhecida deste quadro, e, conseqüentemente possibilitando a transmissão da doença ao parceiro, além de impossibilitar o tratamento adequado à sua condição de saúde.

Outro agente microbiológico encontrado comumente nos laudos é a *Gardnerella Vaginalis*, porém quando encontrada em concentração reduzida, não causa prejuízo ao organismo. Entretanto, pode gerar uma desordem da flora vaginal característico de uma VB. E daí, desencadear efeitos adversos no organismo podendo facilitar a aquisição de uma doença transmitida sexualmente (INCA, 2012).

Estudos comprovam a relação significativa entre a flora sugestiva de Vaginose Bacteriana e o DNA de HPV (Papiloma Vírus Humano), deixando evidente que a Vaginose exerce influência valiosa na evolução da NIC (Neoplasia Intra-Epitelial Cervical). Houve também

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

associação positiva em um estudo cuja *Gardnerella* totalizou um índice de 66,7% de todos os resultados positivos para NIC I/HPV (VASCONCELOS *et al*, 2010).

Esse fato também foi constatado pela presente pesquisa. Pois nos casos de alteração celular a *Gardnerella* mostrou-se mais frequente uma vez que, esteve presente em 75% (n=3) dos laudos, ou seja, do total de exames analisados, somente 0,66% (n=4) apresentaram alteração indicativa de NIC I/HPV. Onde se constatou uma relação positiva entre a neoplasia e a presença do agente microbiológico *Gardnerella vaginalis* 75% (n=3).

Quadro 1 - Distribuição dos exames colpocitológicos segundo a presença e/ou ausência de alteração celular, inflamação e a faixa etária 2010- 2012.

AGENTE MICROBIOLÓGICO	ALTERAÇÃO CELULAR (NIC I)		INFLAMAÇÃO	IDADE
	Presente (n=04)	Ausente (n=659)		
Ausente (n=2)	-	2		
Lactobacilos (n=150)	1	149	Moderado (01)	29
Cocos e bacilos (n=309)	-	309		
Cândida (n=56)	-	56		
Gardnerella (n=143)	3	140	Moderado (02) / Acentuada (01)	16 / 34 / 44
Trichomonas (n=3)	-	3		
Outros (n=0)	-	-		

Nos laudos com alterações celulares, a inflamação moderada esteve presente em 75% (n=3) dos casos. Já a relação *Lactobacilos sp.* e a inflamação moderada foi de 25% (n=1). Pôde-se observar ainda, que a faixa etária das usuárias que apresentaram alteração celular variou de 16 a 44 com média de 30,75 anos de idade (tabela 1).

No que concerne à alteração celular, nos casos positivos para a lesão epitelial de baixo grau (NIC I) há chance de biopsia compatível com NIC II e NIC III de até 15 a 30% (BRASIL, 2013). Uma pesquisa desenvolvida em uma unidade de assistência de alta complexidade em oncologia (UNACON) em Minas Gerais apontou uma tendência ao estadiamento dos casos de neoplasia, mediante a afirmação de mais da metade das mulheres que somente são motivadas a buscar o atendimento à saúde quando surgem sintomas indicativos do avanço da doença (VASCONCELOS *et al*, 2010). No entanto, de acordo com os dados obtidos, não há indicação de estadiamento, já que a faixa etária das mulheres que apresentaram NIC I foi de 16 a 44, fato que demonstra a procura do serviço para a realização da CO, porém, curiosamente, esta mesma usuária não retornou para buscar o resultado.

Conclusão

A presente pesquisa possibilitou traçar um perfil citopatológico das mulheres que não retornaram à unidade de saúde para retirar o resultado da CO, mediante análise dos laudos retidos no serviço. Isto posto, pudemos constatar que ao longo dos anos o número de resultados arquivados apresentaram um comportamento decrescente, no entanto, muitas mulheres não se interessam pelo resultado dos exames deixando de exercer, assim, o papel de protagonistas no processo de autocuidado e de busca pelo seu bem estar.

Este fato deixa explícito, o insucesso dos programas de rastreamento precoce para o câncer cérvico-uteino, já que garantiu o atendimento para faixa etária prioritária preconizada pelo Ministério da saúde, porém, estas mesmas mulheres continuaram desconhecedoras do seu estado de saúde. A realização do exame, somente, não é suficiente para que se tenha impacto positivo na redução da incidência da doença.

Partindo deste princípio, há que se desenvolver ações educativas tanto para divulgar e sensibilizar acerca da importância da realização exame preventivo, bem como alertar para a necessidade do retorno a unidade. O enfermeiro, no exercício do seu compromisso social, exerce função primordial na implantação e desenvolvimento de estratégias que visem a promoção, prevenção e manutenção da saúde, objetivando a melhoria da qualidade do atendimento prestado, e consequentemente, na vida da população.

Neste contexto, espera-se estimular uma reflexão/discussão acerca da qualidade da assistência, dos mecanismos utilizados no repasse de informações sobre a importância da realização e da continuidade do acompanhamento situacional da saúde da usuária, visando a continuidade das ações preventivas, bem como o controle da doença.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2012: Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2013. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=5.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde**. 3.ed.- Rio de Janeiro: INCA; 2012.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

LING, [Zongxin](#) et al. **Molecular analysis of the diversity of vaginal microbiota associated with bacterial vaginosis**. Ling et al. BMC Genomics.; 2010. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2164-11-488.pdf>.

ROCHA, Bruna Dedavid da et al. Exame de papanicolaou: conhecimento de usuárias de uma unidade básica de saúde. **Rev Enferm UFSM**; Rio Grande do Sul, v.2, n. 3, 2012. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/6601>.

VALENTE, Carolina Amancio et al. Conhecimento de mulheres sobre o exame de papanicolaou. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 43, n.spe2, dez 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a08v43s2.pdf>. acesso em 19 Nov 2013.

VASCONCELOS, Camila Teixeira Moreira et al. Análise da cobertura e dos exames colpocitológicos não retirados de uma Unidade Básica de Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200012&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Nov. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200012>.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Programmes and projects.Cancer.** Screening and early detection of cancer. <http://www.who.int/cancer/detection/cytologyscreen/en/index.htm> acesso em 19/Nov/2013.

Agradecimentos

À Deus por sua infinita graça. As professoras Ms. Regina Célia Carvalho da Silva, Dra. Isabela Melo Bonfim, Ms. Conceição De M. Albuquerque pelos ensinamentos, bem como a Universidade de Fortaleza.

PAPEL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO À FAMÍLIA DE JOVENS USUÁRIOS DO CAPS-AD: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Aline Silva de Oliveira – Faculdade Integrada da Grande Fortaleza – ninis312@hotmail.com

Fatima Dayanne Wirtzbiki Ferreira – Universidade Estadual do Ceará

Ana Irys Bezerra de Sousa – Universidade Estadual do Ceará

Sarah Patrício Ribeiro de Almeida – Universidade Estadual do Ceará

Lucas Pinho Alves – Universidade Estadual do Ceará

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Rândson Soares de Sousa (Orientador) – Universidade Estadual do Ceará

Enfermeiro. Jovens. Drogas. CAPS-ad. Família.

Resumo

A adolescência é uma fase em que o jovem questiona seus valores e sua identidade, tornando essa fase um período de grande vulnerabilidade para o uso de substâncias psicoativas. O uso e o abuso de drogas fazem parte de uma problemática que está diretamente relacionada à fragilidade e à limitação do jovem em tornar-se criativamente responsivo às diversas situações delicadas impostas pela convivência social. Como profissional de saúde, o enfermeiro tem o papel importante na relação de ajuda, mediante escuta atenta ao usuário e à família. O presente estudo teve como objetivo de identificar as formas de atuação do enfermeiro junto às famílias de jovens usuários do CAPSad. Trata-se de uma revisão integrativa realizada por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando todas as bases de dados disponíveis no período de julho a agosto de 2014. Ao se ler e analisar os artigos encontrados notou-se que para se pensar no tratamento implica uma relação compromissada entre a equipe multidisciplinar, o usuário e a família, e o estabelecimento de uma ligação mais humana, mais singular na busca de um atendimento que se aproxime das necessidades dos usuários e de suas famílias. Conclui-se que o papel do enfermeiro em assistência à família dos jovens usuários do CAPSad, implica em relacionar fatores sociais, econômicos, culturais e psicológicos a lidar com a situação, e agir de uma forma que apóie a integridade familiar e a reconstrução dos vínculos entre o usuário e a família.

Introdução

A adolescência é uma fase em que o jovem está se preparando para a vida adulta. É o momento em que ele questiona seus valores e sua identidade. Essas características fazem da adolescência um período de grande vulnerabilidade para o uso de substâncias psicoativas. Haja vista que estas substâncias podem oferecer algumas sensações referentes à satisfação pessoal ou adequação a um determinado grupo de amizades. As drogas de abuso são definidas como substâncias consumidas por qualquer forma de administração, que altera o humor, o nível de percepção ou o funcionamento do sistema nervoso central. Estas drogas podem ser lícitas ou ilícitas, desde medicamentos, álcool, até maconha, crack, solvente e outras drogas (BERNARDY; OLIVEIRA, 2009). O uso e o abuso de drogas fazem parte de uma problemática que está diretamente relacionada à fragilidade e à limitação do jovem em tornar-se criativamente responsivo às diversas situações delicadas impostas pela convivência social. A principal estratégia de atenção à saúde com relação ao consumo de álcool e outras drogas é o Centro de Atenção Psicossocial para tratamento de usuários de álcool e outras drogas (CAPSad) que utiliza as estratégias de redução de danos enquanto ferramentas nas ações de prevenção e promoção da saúde, sobretudo por dar suporte à portaria ministerial nº 816/ 2002, na criação do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas (AZEVEDO; MIRANDA, 2010). O prestígio atualmente dado ao processo saúde-doença mental do indivíduo, não mais centrado na doença e sua respectiva “patologia mental”, permite que o usuário de álcool e outras drogas seja percebido e avaliado de outra maneira. A operação de mudanças na forma de conceber e reconhecer suas necessidades de saúde e de seu eixo familiar, tratando e cuidando na perspectiva da promoção da saúde mental, traduz a preocupação e premissa da atual política pública de saúde voltada a esta clientela (AZEVEDO; MIRANDA, 2010). Com o processo de desospitalização psiquiátrica, com a ênfase em serviços comunitários e com períodos mais curtos de hospitalização, as famílias têm participado cada vez mais como provedoras de cuidado e de apoio aos seus familiares. Faz-se necessário atuar de maneira diferente, ou seja, concebendo a família como participante efetiva no processo terapêutico, o que implica considerá-la como pertencente ao mundo da vida cotidiana do indivíduo em sofrimento psíquico. Enquanto unidade, a família é, de um lado, vista como um sistema, e seus membros, como componentes deste, e ocorrem influências recíprocas; circunstancialmente, um ser, ao adoecer, reflete algum problema em todo o sistema familiar. Por outro lado, em uma perspectiva psicossocial, valorizam-se as necessidades da família para compreendê-la e poder ajudá-la no enfrentamento cotidiano, reforçando o trinômio relacional: paciente-família-serviço (AZEVEDO; MIRANDA; GAUDÊNCIO, 2009). Como profissional de saúde, o enfermeiro tem o papel importante na relação de ajuda, mediante escuta atenta ao usuário e à família, que é fundamental para que possam esclarecer as dúvidas acerca da temática, bem como a possibilidade de oferecer uma assistência integral e de qualidade. Diante desse contexto, faz-se necessária o seguinte questionamento: Como o enfermeiro atua na assistência às famílias de jovens usuários do CAPSad? A assistência de enfermagem deve atender a demanda do indivíduo e de sua família, requerendo-se um aprendizado que ultrapasse os conceitos teóricos da reforma psiquiátrica (AZEVEDO; MIRANDA, 2010). É de total relevância a abordagem do enfermeiro como suporte na recuperação do indivíduo intervindo no processo terapêutico. Nesse âmbito, a enfermagem torna-se um dispositivo importante para a disseminação de saberes e estreitamento de laços.

Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa realizada por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando todas as bases de dados disponíveis no período de julho a agosto de 2014. Segundo Souza, Silva & Carvalho (2010), a revisão integrativa deve seguir o mesmo rigor científico de estudos primários, desta forma, optou-se por realizá-la em seis etapas, como defende Ganong (1987). A primeira etapa faz referência à elaboração da pergunta norteadora do estudo. Neste trabalho questionou-se como o enfermeiro atua na assistência às famílias de jovens usuários do CAPSad. A segunda explicita a busca ou amostragem na literatura da temática abordada. No caso, utilizaram-se todas as bases de dados disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) realizando buscas através dos seguintes descritores: Relações familiares, saúde mental e enfermagem. Inicialmente foram encontradas 67 publicações. Como critérios de inclusão: artigos completos, disponíveis na íntegra, ser do tipo artigo científico, publicado entre o período de 2008 a 2012 e estar em língua portuguesa. Os critérios de exclusão foram: publicados em língua estrangeira, relatos de experiências, teses e dissertações. Após aplicação dos critérios obteve-se um total de 24 artigos científicos.

A terceira etapa extrai os dados dos artigos selecionados, fazendo-se necessária a utilização de um instrumento previamente elaborado. Neste estudo elaborou-se um formulário para guiar a coleta e análise dos dados, contendo perguntas simples referentes aos objetivos, metodologia aplicada e resultados obtidos nos estudos. A quarta analisa criticamente os estudos incluídos. Após a leitura e análise do conteúdo coletado foram excluídos estudos que não respondiam aos objetivos da presente revisão por apresentarem descritores que não condiziam com o objeto pesquisado, entre outros motivos. Ao revisar as produções, obtivemos uma amostra final de 6 artigos. A quinta etapa aborda a discussão dos resultados, além de identificar possíveis lacunas do conhecimento acerca da temática, etapa que será apresentada no tópico Resultados e Discussões. A sexta e última etapa faz referência à apresentação da revisão de maneira clara e precisa para permitir que o leitor possa ter a total compreensão acerca do estudo. A revisão integrativa da literatura é um dos métodos de

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

pesquisa utilizados na Prática Baseada em Evidência na Enfermagem e permite a incorporação das evidências da prática assistencial. Este método pode ser direcionado para definição de conceitos, revisão de teorias ou a análise metodológica de estudos acerca de um terminado objeto, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado. (WHITTEMORE R; KNAFL K, 2005).

Resultados e Discussão

A partir do referido estudo, percebe-se que o uso abusivo de substâncias psicoativas é um problema de saúde pública, pois atinge a população como um todo. Em contraposição à ideia que se tem, os usuários e dependentes das referidas substâncias não estão presentes apenas em famílias que possuem baixa renda, nas populações marginalizadas, mas também podem ser encontrados em família elitizadas, pertencentes à alta sociedade. Logo, pode-se inferir que o uso e o abuso dessas substâncias não estão intimamente relacionados à condição econômica na qual os usufrutuários estão inseridos. Entretanto, é importante que a família seja estruturada; que os pais – referências para os filhos – não façam uso de drogas de abuso e influenciem seus filhos à prática esportiva, à integração às atividades escolares etc. Como explicitado, a família é grande responsável pelo desenvolvimento saudável ou não de seus membros, pois é compreendida como elo das diversas esferas da sociedade. Uma família estruturada na qual há boa convivência familiar entre os membros dessa é um fator de proteção para o uso de drogas. Visto isso, percebe-se a importância da terapia em família e para a família de jovens que fazem uso abusivo de drogas. Dentro do contexto da terapia familiar, pode-se destacar a importância da atuação do enfermeiro e de outros profissionais de saúde no processo saúde-doença dos usuários do CAPSad assim como da família desses indivíduos. Tendo em vista que o enfermeiro é o profissional de saúde que acompanha todo o processo saúde-doença do indivíduo, ele também é o profissional que possui relação mais estreita com o usuário. Além de exercer o cuidado, o referido profissional deve promover a saúde através da educação em saúde, visando estabelecer melhores condições de vida ao paciente e sua reinserção no âmbito familiar e profissional. Para isso, é necessário que a família esteja inserida no processo terapêutico visto que a família, teoricamente, é um grupo social organizado no qual os vínculos são potencializados e constitui ambiente de socialização, de integração, de inserção e de proteção aos seus membros. A partir disso, evidencia-se a importância e a necessidade de conhecê-la e valorizá-la como elemento fundamental da terapia do usuário ao reconhecer que ela é o elo entre esse indivíduo e a sociedade.

Quanto à saúde mental, essa concepção é fundamental, pois em face da reorganização da assistência nessa área, a família passou a ser considerada como importante fator de ressocialização e reinserção social da pessoa com transtorno mental, que por vezes ficou afastada do seu convívio familiar e social devido aos longos períodos de internação em instituição psiquiátrica (BORBA et al., 2011, p. 445). Devido à Reforma Psiquiátrica, que visa a desospitalização/desinstitucionalização com ênfase em serviços alternativos aos hospitais psiquiátricos (CAPS, residências terapêuticas etc) e em períodos reduzidos de internação, as famílias têm participado cada vez mais e mais ativamente como provedoras de cuidado e apoio aos seus familiares que fazem uso desses serviços alternativos. Diante dessas informações, e considerando o modo de atenção psicossocial, faz-se necessário atuar de maneira diferente, ou seja, concebendo a família como participante efetiva no processo terapêutico, o que implica considerá-la como pertencente ao mundo da vida cotidiana do indivíduo em sofrimento psíquico (MELLO; SCHNEIDER, 2011, p. 229). O enfermeiro, ao elaborar o plano de projeto terapêutico com e para o usuário deve considerar a família do mesmo como elemento importante não apenas em seu tratamento e na sua recuperação, mas também como objeto de cuidado visto que a convivência com pessoas que apresentam sofrimento psíquico é difícil, e ter de cuidá-las impõe uma sobrecarga física, emocional, econômica e social. Entre as atividades realizadas pelo enfermeiro e demais profissionais de saúde, que contam com a participação das famílias dos usuários do CAPSad podemos citar: grupo de família; atendimentos individuais e nucleares. Durante a realização dessas atividades, os familiares podem expressar seus sentimentos em relação ao modo como estão enfrentando a situação pela qual sua família está passando; pode-se identificar a percepção dos familiares acerca da condição de saúde de seu parente que faz uso dos serviços prestados pelo CAPS e pode-se perceber as dificuldades que as famílias apresentam em conviver com jovens – filhos, sobrinhos, netos etc. – usuários do CAPSad. Para os familiares, o CAPS está relacionado ao alívio da sobrecarga gerada pelo convívio prolongado e continuado com as questões relativas ao transtorno mental (MELLO; FUREGATO, 2008, p. 461). Desse modo, verifica-se a importância da participação da família no tratamento do usuário do CAPSad e, além disso, a relevância de um cuidado especializado por parte do enfermeiro e de toda a equipe de saúde para com os familiares dos usuários que lidam diariamente com os sentimentos e com as dificuldades de ter em um familiar jovem usuário abusivo de substâncias psicoativas.

Conclusão

Ao se ler e analisar os artigos encontrados notou-se que para se pensar no tratamento implica uma relação compromissada entre a equipe multidisciplinar, o usuário e a família, e o estabelecimento de uma ligação mais humana, mais singular na busca de um atendimento que se aproxime das necessidades dos usuários e de suas famílias. Para tanto, ações para além de um redirecionamento das práticas são necessárias, sendo imprescindível o comprometimento e a corresponsabilidade na construção de um cuidado coletivo, visando o cuidado integral do indivíduo. O papel do enfermeiro em assistência à família dos jovens usuários do CAPSad, implica em relacionar todos os fatores sociais, econômicos, culturais e psicológicos; e não apenas em lidar com as situações de saúde e doença da família, mas também interagir com situações que apoiem a integridade familiar e a reconstrução de laços.

Referências

- AZEVEDO, Dulcian Medeiros; MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes; GAUDÊNCIO, Mércia Maria de Paiva. Percepções de familiares sobre o portador de sofrimento psíquico institucionalizado. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 485-91, jul.-set. 2009.
- AZEVEDO, Dulcian Medeiros; MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes. Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPSad do município de Natal-RN: com a palavra a família. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 56-63, jan.-mar. 2010.
- BERNARDY, Cátia Campaner Ferrari; OLIVEIRA, Márgda Lúcia Félix. O papel nas relações familiares na iniciação ao uso de drogas de abusopor jovens institucionalizados. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 11-7, mar. 2010.
- BORBA, Letícia de Oliveira et al. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 442-9, abr. 2011.
- GANONG L. H. Integrative reviews of nursing research. **Res. Nurs. Health**, Rochester, v.10, n.1, p.1-11, Feb. 1987.
- MELLO, Rosâne; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. Representações de usuários, familiares e profissionais acerca de um centro de atenção psicossocial. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 457-64, set. 2008.
- MELLO, Rita Mello; SCHNEIDER, Jacó Fernando. A família e a internação psiquiátrica em hospital geral. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 226-33, jun. 2011.
- WHITTEMORE R.; KNAFL K. The integrative review: updated methodology. **J. Adv. Nurs.**, Connecticut, v.52, n.5, p. 546-53, dez. 2005.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Agradecimentos

Agradecemos ao professor Rândson por ter orientado este nosso trabalho e a todos os ensinamentos direcionados ao nosso crescimento pessoal e profissional. A todos os colegas que colaboraram para a concretização do presente estudo, nosso humilde agradecimento.

PAPEL DOS IDOSOS NO CONTEXTO DO USO DE PLANTAS MEDICINAIS: CONTRIBUIÇÕES À MEDICINA TRADICIONAL

Tatyelle Bezerra Carvalho – (Universidade Regional do Cariri): tatyelle_bc@hotmail.com;
Izabel Cristina Santiago Lemos – (Universidade Regional do Cariri): izabel_santiago@hotmail.com;
Valterlúcio dos Santos Sales – (Universidade Regional do Cariri): valter.pernambuco@gmail.com;
Francisco Rodolpho Sobreira Dantas Nóbrega de Figueiredo – (Universidade Regional do Cariri): rodolphosnd@hotmail.com;
Cristina Kelly de Souza Rodrigues – (Universidade Regional do Cariri): kelly_bioletras@yahoo.com.br;
Orientadora: Marta Regina Kerntopf – (Universidade Regional do Cariri): martareginakerntopf@outlook.com.

Palavras-chave: Etnofarmacologia. Fitoterapia. Plantas medicinais. Idoso.

Resumo

Plantas medicinais são utilizadas com a finalidade de prevenir, de aliviar sintomas ou de tratar doenças. Como a principal forma de disseminação de informações referentes ao uso de plantas medicinais ocorre de forma oral, esse conhecimento vem geralmente dos integrantes mais experientes de uma família, sendo os idosos figuras centrais nesse processo. O objetivo desse estudo foi investigar o papel dos idosos na disseminação teórica e prática acerca do uso de plantas medicinais. O estudo é uma Revisão de Literatura Narrativa/Clássica, de abordagem qualitativa. Os dados foram coletados nas bases de dados LILACS e Medline, utilizando os descritores: “Etnofarmacologia”, “Fitoterapia”, “Plantas medicinais” e “Idoso”. Após a aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão, teve-se uma amostra final de 9 artigos. Segundo os artigos selecionados, o conhecimento relacionado às plantas medicinais, geralmente, é repassado das mulheres mais velhas para as mais novas. Os informantes mais idosos apresentam uma capacidade própria de identificar as plantas, sendo que o uso desses recursos terapêuticos está incorporado ao cotidiano de alguns idosos, o que contribui para o estímulo ao uso de plantas medicinais por membros mais jovens da família. Foi possível observar que o idoso é um importante meio de transmissão de informações práticas e teóricas sobre a fitoterapia. Profissionais de saúde devem-se fazer presentes nesse contexto específico da saúde do idoso, construindo um canal mais aberto de comunicação com aqueles que utilizam esse recurso terapêutico, além da participação em capacitações e a busca constante por informações atualizadas que possibilitem aproximar usuário e profissional.

Introdução

O uso de plantas medicinais gira em torno principalmente dos grupos familiares, como alega Ceolin (2011). O contexto do grupo familiar abriga um conhecimento próprio, repassado entre gerações, com particularidades que ficam restritas aquele grupo específico.

Nesse cenário, as plantas medicinais são usadas com a finalidade de prevenir, aliviar sintomas ou tratar doenças. Entretanto, para compreender essa relação dinâmica é importante conhecermos como as pessoas vivem, seus valores, suas crenças e os fatores relacionados à cultura, os quais influenciam as práticas de cuidado à saúde (CEOLIN et al, 2011).

Nesse aspecto, destaca-se que a relação entre o conhecimento popular e o conhecimento científico, no que se refere ao uso das plantas medicinais, pode ser enquadrada dentro da visão dialética, que prevê a transformação e a evolução das ideias, sendo o conhecimento popular uma incorporação de experiências e de conhecimentos (SANTOS e SEBASTIANI, 2011).

Frisa-se que, como a principal forma de disseminação de informações referentes à fitoterapia ocorre de forma oral, esse conhecimento vem geralmente dos integrantes mais experientes de uma família, sendo os idosos figuras centrais nesse processo. Lamentavelmente, porém, com o passar do tempo, vem se evidenciando um certo desinteresse por parte das gerações mais jovens de aprender e repassar essas práticas milenares (CEOLIN et al, 2011).

Portanto esse trabalho tem por objetivo investigar o papel dos idosos na disseminação teórica e prática acerca do uso de plantas medicinais, buscando ainda identificar o papel dos profissionais de saúde nesse contexto da prática da medicina complementar.

Metodologia

O trabalho trata-se de uma Revisão de Literatura Narrativa/Clássica, de abordagem qualitativa. Os dados foram coletados a partir de busca realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (Medline). Para a busca, utilizaram-se os seguintes descritores em ciências da saúde (Decs): “Etnofarmacologia”, “Fitoterapia”, “Plantas medicinais” e “Idoso”. Os critérios definidos para a seleção dos artigos foram artigos publicados em português; em texto completo; que retratassem a temática proposta para a revisão, no período de 2009 a 2013. Os artigos encontrados foram distribuídos segundo os seguintes descritores: para o descritor “Etnofarmacologia” foram encontrados 3 artigos; para o descritor “Fitoterapia”, foram encontrados 33 artigos; para o descritor “Plantas medicinais” foram encontrados 16 artigos e para o descritor “Idoso” foram encontrados 6.753 artigos. Após a aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão estabelecidos, teve-se uma amostra final de nove artigos.

Resultados e Discussão

As publicações encontradas alegam que, atualmente, as pesquisas realizadas com plantas medicinais confirmam as indicações dos usos tradicionais das plantas, como prática complementar de um fenômeno social do mundo atual, caracterizado pelas inter-relações biológicas, sociais, culturais e econômicas. (BETTEGA et al, 2011).

Segundo Bettega et al (2011), a partir dos anos 1980, o interesse pelos fármacos de fontes naturais e extratos vegetais cresceu de maneira a impulsionar novas pesquisas, com o intuito de comprovar a eficácia da fitoterapêutica e de desenvolver novos medicamentos.

No entanto, o problema de sua utilização está na dificuldade da padronização da qualidade desses fitoterápicos. No Brasil, o uso de plantas medicinais foi difundido pela cultura indígena e somado às práticas trazidas pelos escravos africanos e pelos portugueses (BETTEGA et al, 2011).

De acordo com Dorigoni et al. (2011), a eficácia das plantas medicinais no tratamento de diversas doenças e o conhecimento sobre o uso e o preparo, transmitida de geração em geração de forma empírica, contribui para a sua grande utilização por populações tradicionais (MARINHO et al, 2011 apud DORIGONI et al 2001).

Também é importante entender como o cuidado é praticado pelas famílias, através do uso das plantas medicinais, pois isso exige conhecer as representações simbólicas utilizadas na transmissão deste saber, que não se esgota, pelo contrário, se amplia através das trocas de conhecimento entre os membros da família e o meio no qual convivem (CEOLIN et al, 2011).

Entre os membros da família é que se propagam informações quanto a hábitos e cuidados com a saúde, como o uso das plantas medicinais. A família é um sistema no qual se conjugam valores, crenças, conhecimentos e práticas, formando um modelo explicativo de saúde doença, através do qual a família desenvolve sua dinâmica de funcionamento, promovendo a saúde, prevenindo e tratando a doença de seus membros (CEOLIN et al, 2011).

Segundo Bettega et al (2011 apud ARNOUS et al, 2005), os fitoterápicos, quando utilizados na dosagem correta, causam poucos efeitos colaterais, sendo a maioria deles derivada de alterações extrínsecas à preparação e estando relacionados a diversos problemas de processamento, tais como identificação incorreta das plantas, necessidade de padronização, prática deficiente de processamento, contaminante, substituição e adulteração de plantas (BETTEGA et al, 2011).

De acordo Ceolin et al (2011), observa-se, contudo, que há uma redução no número de descendentes por geração que esboçam interesses relacionados ao uso de plantas medicinais, apesar disso, o conhecimento das plantas permanece difuso e em graus de intensidade

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

variados nas diferentes faixas etárias. Alguns pesquisadores ainda frisam que esse conhecimento relacionado às plantas medicinais, na maioria das vezes, é repassado das mulheres mais velhas para as mais novas (CEOLIN *et al*, 2011).

Marinho também alega que os informantes mais idosos, ao longo dos anos, desenvolveram uma capacidade muito própria de identificar as plantas, que inclui observações de aspectos morfológicos, químicos, de uso medicinal, ecológicos e culturais (MARINHO *et al*, 2011). Ao utilizar uma planta medicinal, é necessário saber identificá-la corretamente, conhecer sua composição química e contraindicações, além do emprego de uma dosagem adequada, evitando assim possíveis reações adversas e/ou intoxicações, nesse aspecto, os mais idosos, não raro, exercem papel preponderante (THUM *et al*, 2011).

Ao serem questionados sobre desde quando utilizavam as plantas medicinais, foi possível compreender como a utilização desses artefatos terapêuticos está incorporada no cotidiano de alguns idosos, trazendo significados de permanência e singularidade, muitas vezes, desde a tenra infância, o que contribui para o estímulo ao uso desse recurso natural por membros mais jovens da família, caracterizando-se assim como uma fonte lídima de conhecimento tradicional (LIMA *et al*, 2012).

Todavia, o uso das plantas medicinais ocorre geralmente sem o conhecimento dos profissionais de saúde. (LIMA *et al*, 2012 apud VICKERS *et al*, 2006). A terapêutica com plantas medicinais entre os idosos parece se sobressair, principalmente como prática de automedicação, mesmo quando existem disponibilidade e acesso aos medicamentos industrializados (LIMA *et al*, 2012 apud VEIGA-JUNIOR /CASCAES, 2008).

Quando há o abuso desses fármacos naturais, o organismo do idoso apresenta alterações em suas funções fisiológicas que não devem ser desconsideradas. Essas alterações levam a uma farmacocinética diferenciada e maior sensibilidade aos efeitos terapêuticos e adversos dos fármacos (SANTOS *et al*, 2010).

No caso da utilização da fitoterapia, é oportuno destacar que o profissional de saúde cumpre papel decisivo. As ações e os conceitos praticados por médicos, enfermeiros, odontólogos, dentre outros, são regularmente interpretados pelo povo como legítimos e adquirem caráter de “verdade”.

Nesse sentido, e considerando os valores culturais, é que o posicionamento desses profissionais em relação ao uso de fitoterápicos é aspecto de fundamental importância para a compreensão da utilização de fitoterapia na atenção básica à saúde, desde que haja domínio e interesse por parte de médicos, de enfermeiros, de odontólogos, de fisioterapeutas – dentre outros – acerca do tema (ROSA C. *et al*, 2011).

Diante disso, a política de caráter nacional recomenda a implantação e a implementação de ações e de serviços no Sistema Único de Saúde (SUS), o que inclui a fitoterapia, com o objetivo de garantir a prevenção de agravos, a promoção e a recuperação da saúde com ênfase na atenção básica à saúde (ROSA C *et al*, 2011)

Conclusão

Foi possível observar que o idoso é um importante meio de transmissão de informações práticas e teóricas sobre a fitoterapia. Sendo também oportuno ressaltar que essa prática é de grande relevância cultural para indivíduos de diferentes faixas etárias.

Os profissionais de saúde devem-se fazer presentes nesse contexto, buscando um canal mais aberto de comunicação com os usuários desse recurso terapêutico, gerando empatia e inserção na realidade do outro que busca as diferentes vertentes da medicina complementar, sendo esses, em especial, os idosos, considerados e apontados como os maiores responsáveis pela difusão e pelo uso concreto do conhecimento tradicional.

Além disso, frisa-se que os profissionais de saúde devem estar interessados em buscar capacitações e informações acerca do uso seguro de plantas medicinais, condições que precisam ter na iniciativa de órgãos gestores meios que possibilitem sua real viabilidade.

Portanto é importante a promoção da saúde através de plantas medicinais, conferindo cada vez mais segurança a essa prática, sem negligenciar valores culturais historicamente construídos, e validados nos mais diversos grupos populacionais por meio do empirismo e como símbolo de uma complexa e dinâmica resistência cultural frente ao cientificismo biomédico imposto no mundo contemporâneo.

Referências

BETTEGA, P. V. C.; CZLUSNIAK, G. R.; PIVA, R.; NAMBA, E. L.; RIBAS, C. R.; GRÉGIO, A. M. T.; ROSA, E. A. R. Fitoterapia: dos canteiros ao balcão da farmácia. **Archives of Oral Research**, Curitiba, v. 7, n. 1, 2011.

CEOLIN T.; HECK R. M.; BARBIERI R. L.; SCHWARTZ E.; MUNIZ R. M.; PILLON C. N. Plantas medicinais: transmissão do conhecimento nas famílias de agricultores de base ecológica no Sul do RS. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, 2011.

LIMA S. C. S.; ARRUDA G. O.; RENOVATO R. D.; ALVARENGA M. R. M. Representações e usos de plantas medicinais por homens idosos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 4, 2012.

MARINHO, M. G. V.; SILVA, C. C.; ANDRADE, L. H. C. Levantamento etnobotânico de plantas medicinais em área de caatinga no município de São José de Espinharas, Paraíba, Brasil. **Rev. Bras. Pl. Med.**, Botucatu, v.13, n.2, p.170-182, 2011.

ROSA C.; CAMÂRA S. C.; BÉRIA J. U. Representações e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n.1, 2011.

SANTOS P. V.; SEBASTIANI R. Plantas medicinais utilizadas por uma comunidade universitária no Município de São Paulo, SP. **J Health Sci Inst**, São Paulo, v. 29, n. 1, 2011.

SANTOS T. R. A.; LIMA D. M.; NAKATANI A. Y. K.; PEREIRA L. V.; LEAL G. S.; AMARAL R. G. Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 1, 2013.

THUM M. A.; CEOLIN T.; BORGES A. M.; HECK R. M. Saberes relacionados ao autocuidado entre mulheres da área rural do sul do Brasil. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, 2011.

Agradecimentos

Agradecimentos a Universidade Regional do Cariri- URCA e ao Laboratório de Farmacologia e Química Molecular (LFQM).

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA NAS ATIVIDADES EDUCATIVAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: PERSPECTIVAS DE ENFERMEIROS

Joyce Wadna Rodrigues de Souza – Universidade Federal de Campina Grande (wadnajoyce@gmail.com)

Emanuel Alexandre Tavares de Sousa – Universidade Federal de Campina Grande

Ananeide Fernandes Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Fabiane do Amaral Gubert – Universidade Federal do Ceará

Neiva Francenely Cunha Vieira – Universidade Federal do Ceará

Álissan Karine Lima Martins (Orientadora) – Universidade Federal de Campina Grande

Palavras-chave: Educação em Saúde. Enfermagem. Atenção Primária em Saúde. Participação comunitária. Promoção da saúde.

Resumo

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

A educação em saúde é um processo que possibilita a construção de vínculo e relação de confiança entre o enfermeiro e o sujeito da ação, funcionando como uma estratégia facilitadora para o conhecimento acerca das necessidades, expectativas, angústias e outros sentimentos de vida que tem impacto na saúde coletiva. Nesse sentido, o estudo objetiva conhecer a perspectiva de enfermeiros sobre a participação da comunidade nas ações educativas dentro do cenário da Estratégia de Saúde da Família. Estudo exploratório-descritivo realizado em junho a setembro de 2012 junto a oito enfermeiros de unidades básicas de saúde do município de Cajazeiras – PB. Foram implementadas entrevistas semiestruturadas sobre as vivências cotidianas destes profissionais, seguida pela análise temática dos dados. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUAC com CAAE N° 04263212.6.0000.5182. Os enfermeiros atribuem grande importância a participação popular na educação em saúde, entendendo que é essencial à interação profissional-comunidade, à medida que o relacionamento facilita o engajamento do profissional para o aprendizado sobre os hábitos de saúde naquela área, ao mesmo tempo que empodera a comunidade. Contudo, nota-se nas falas dos participantes que há barreiras e limitações para que a população se interesse em participar ativamente das estratégias de educação em saúde nas unidades. Percebe-se que a prática assistencial na ESF deve ser reorientada para as ações educativas que possuam abordagem criativa, que atraiam a população como também facilitem a aprendizagem individual e coletiva, buscando a ativa participação comunitária.

Introdução

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a promoção da saúde pode ser entendida como processo que visa à capacitação da comunidade para a melhora das condições de vida e saúde. Neste sentido, pode ser trabalhada através de ações comunitárias sólidas e eficazes para a deliberação de prioridades, além de definição e implementação de estratégias que visem proporcionar qualidade de vida e saúde. Esse processo é centrado no empoderamento da comunidade e desenvolvido através dos recursos humanos e materiais presentes nela, processo este que requer total acesso à informação, oportunidades de aprendizado sobre saúde e apoio financeiro.

Para trabalhar no contexto da educação em saúde na prática junto às comunidades, está a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que, inclusa na Atenção Primária em Saúde, desenvolve ações educativas voltadas para o a construção de capacidades individuais e coletivas de controle sobre a saúde. Desse modo, dentro da ESF, emerge o papel do enfermeiro cujo instrumento de trabalho é o cuidado. Este envolve o desenvolvimento de ações educativas como ferramenta essencial para estimular o autocuidado e a autoestima de cada indivíduo, família e comunidade, provocando reflexões que acarretem em mudanças nas atitudes e condutas de cada um deles. Além do mais, o trabalho na comunidade permite ao profissional enfermeiro conhecer a realidade e as potencialidades daquele campo, o que facilita a implementação da educação em saúde.

Nesta perspectiva, o processo de trabalho da enfermagem não pode se limitar à assistência, dando ênfase a atendimentos individuais e de demanda, mas ao incremento de atividades dinâmicas que atraiam a população a participar ativamente como, por exemplo, a formação de grupos, onde profissional tem a oportunidade de estimular os participantes a encontrar estratégias coletivas de enfrentamento dos problemas vividos pela comunidade (SOUZA, 2005).

A educação em saúde é um processo que possibilita a construção de vínculo e relação de confiança entre o enfermeiro e o sujeito da ação, funcionando como uma estratégia facilitadora para o conhecimento acerca das necessidades, expectativas, angústias e outros sentimentos de vida que tem impacto na saúde coletiva.

Pela importância que assumem as ações de promoção de saúde e a participação comunitária nelas, no contexto da Atenção Primária à Saúde, as atividades educativas constituem-se uma das atribuições fundamentais de todos os profissionais que compõem a equipe de Saúde da Família (SOARES, 2011). Com base nisto surgiu o interesse de conhecer a perspectiva de enfermeiros sobre a participação da comunidade nas ações educativas dentro do cenário da Estratégia de Saúde da Família no município de Cajazeiras – Paraíba.

Metodologia

Estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa desenvolvido no município de Cajazeiras - Paraíba, com os enfermeiros lotados nas 16 ESF's. Para participação no estudo, os profissionais deveriam atender ao seguinte critério de inclusão: ser enfermeiro da ESF no município; e aos critérios de exclusão: está trabalhando na unidade a menos de seis meses; assistir em unidade estabelecida em zona rural do município; estar de férias ou de licença no período da obtenção dos dados; e se recusar a participar. Ao fim, participaram do estudo oito enfermeiros.

Foi utilizado como instrumento de coleta um roteiro semiestruturado de perguntas, composto por duas partes: a primeira contendo questões objetivas com dados sócio-demográficos, profissionais e de formação dos sujeitos e, a segunda, com questões discursivas, abordando sobre a educação em saúde naquele serviço.

A coleta de dados foi realizada no período de junho a setembro de 2012, através de entrevistas que foram gravadas para facilitar as posteriores análises dos dados. A aplicação obedeceu três etapas: (1) primeiramente ocorreu conversação amistosa entre o pesquisador e o pesquisado tendo por finalidade a explicação do conteúdo da pesquisa e o esclarecimento da participação voluntária do mesmo na pesquisa além da total confidencialidade dos dados que por ele foi explicitado e posterior pedido da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); (2) em seguida, deu-se início a entrevista e gravação das falas; (3) posteriormente, foi finalizada a entrevista com os agradecimentos oportunos.

Para a avaliação dos dados obtidos através da entrevista semiestruturada foi utilizado o método de análise temática, acontecendo primeiramente uma leitura exaustiva do material coletado e posteriormente a extração dos dados, seguida pela análise e interpretação. Foi realizada a procura de opiniões sucessivamente repetidas nos discursos dos sujeitos, elencando uma ideia central que representasse a fala sobre a temática.

Durante o desenvolvimento da pesquisa foi priorizado o anonimato da identidade dos participantes, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que de acordo com a Resolução de número 466/12 aprova as diretrizes e normas da pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

O projeto de pesquisa foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), com registro por meio da Plataforma Brasil CAAE N° 04263212.6.0000.5182, sendo julgado junto ao CEP como favorável.

Resultados e Discussão

O dimensionamento das ações em saúde para a população é realizado a partir da visão do profissional sobre a realidade cultural, os comportamentos, as crenças, as vivências, dentre outros e daí são planejadas estratégias eficazes para trabalhar a problemática em relação ao momento vivenciado (SOUZA *et al*, 2008). Partindo desse ponto, entende-se a participação popular como meio de ampliar a

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

visão do profissional relacionada à cultura, saberes, vivência e comportamentos, além de facilitar o aprendizado deste sobre os hábitos de saúde ali presentes.

Essa interação profissional-usuário é realizada quando o enfermeiro passa a ter o usuário como participante direto nas elaborações das suas práticas educativas e analisa o modo como se dá o envolvimento nessas atividades, direcionando a forma de estruturação e estimulando a inclusão de novos sujeitos nesses momentos. No estudo, os enfermeiros evidenciaram a partir da realidade vivida como eles percebem a participação comunitária nesses espaços de educação.

“Muito pouco interesse, eles dizem que é uma “besteira”, eles têm resistência de participar.”(Enf. 4).

“O interesse é pouco, pois acham cansativo, que já sabem do assunto.”(Enf. 5).

“É bem relativa por grupo, ou seja, os idosos e as gestantes, considero os mais interessados. Todavia, vai depender do tema abordado.”(Enf.3).

Evidencia-se nas falas descritas o escasso interesse da comunidade em relação às práticas educacionais, coletivas e individuais, demonstrando que a comunidade não se preocupa e desconhece a importância de participar de ação educativa desenvolvida em sua área.

Foi perceptível em todas as respostas, a ideia central de que a comunidade apresenta pouco envolvimento e estímulo para com as informações repassadas, pois só participam de atividades de educação em saúde nas unidades quando venham a receber algo em troca de sua presença, como um donativo.

“O interesse é mínimo. A população só comparece se tiver algum donativo.”(Enf. 8).

“Dependendo do tema e da maneira abordada e se existir algum brinde, a comunidade mostra-se sempre participativa.(Enf. 2).”

Costa (2011) ressalta que a educação popular ainda não conquistou seu devido espaço nas instituições de saúde, o que representa o déficit do conhecimento do profissional acerca do campo social, cultural, educacional e econômico em que atua, precisando focar em assuntos os assuntos abordados na necessidade presente naquele cenário para conquistar o interesse dos usuários.

Entende-se que é essencial à interação profissional-comunidade, à medida que o relacionamento entre os dois facilita o engajamento do profissional para o aprendizado sobre os hábitos de saúde naquela área, ao mesmo tempo que empodera a comunidade. Contudo, nota-se nas falas dos participantes que há muitas barreiras e limitações para que a população se interesse em participar ativamente das estratégias de educação saúde nas unidades.

“Na maioria das vezes a comunidade pouco participa da elaboração dessas atividades, visto serem feitas pela visão das necessidades populacionais de acordo com a equipe de saúde. Estas atividades educativas são geralmente mais voltadas às mulheres e aos hipertensos e diabéticos.”(Enf. 7).

Os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, deve colocar os sujeitos participantes numa posição de protagonismo. Para isso, as ações devem estar direcionadas às necessidades de modo a interferir sobre o processo saúde-doença vivenciado individualmente por cada membro da comunidade e que reflitam em aumento da qualidade de vida.

Implícito em meio a algumas das falas obtidas foi percebida a forma de participação da população nestas atividades. Esta se dá por meio de indagações, acompanhamento das necessidades, sugestões nas consultas e através da troca de experiências entre os próprios usuários no serviço. No entanto, é importante ressaltar que está é uma visão favorável, mas que deve evoluir para uma forma direta de participação.

“Realizamos com todos os públicos e com temas diversos.”(Enf. 1).

“Eles sugerem o tema a serem abordados. HIPERDIA e Gestantes.”(Enf. 4).

Para Ribeiro (2012), as práticas educativas realizadas com a participação comunitária é a essência para o alcance dos objetivos das equipes de saúde da família. Ainda Oliveira (2009) contempla o importante espaço para discussão de temas que envolvem hábitos de vida, educação e a própria participação social nas decisões.

Embora de acordo com os relatos dos enfermeiros ocorra a falta de interesse por parte da comunidade, quando são possíveis acontecer práticas educativas, os resultados são positivos, pois estas ações influenciam a produção de vínculo e confiança entre profissional e comunidade, passando essa relação a ser fortalecida por meio de ações tanto individuais como coletivas.

“Com certeza. Quando elas ocorrem, a população passa a ter mais confiança e comunicação com os profissionais de saúde.”(Enf. 7).

O vínculo criado, através da prática de educação em saúde, é voltado para a capacitação do usuário e família em relação ao cuidado e autocuidado. Para o profissional conseguir alcançar este objetivo é necessário dar importância à manter uma relação sucinta e facilitadora do entendimento de temas ligados a saúde, sensibilizando-se com as dificuldades que permeiam a população e que influenciam nas formas de cuidado da saúde realizado pela comunidade.

Conclusão

Notou-se, apesar das muitas barreiras encontradas pelo profissional enfermeiro na efetivação de atividades educativas com participação ativa da comunidade, que o trabalho educativo junto à comunidade possibilita o aprimoramento de técnicas e práticas capazes satisfazer o potencial de saúde de comunidades e indivíduos em seus diferentes períodos de vida.

É necessário, portanto, que as ações educativas possuam abordagem criativa, que ao mesmo tempo que atraiam a população, também facilite a aprendizagem individual e coletiva, buscando tornar os sujeitos protagonistas e autônomos no processo de autorreflexão e crítica do cuidado.

Surge daí o imperativo da busca e aparição de novas estratégias pelos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, para implementar de maneira eficaz a educação em saúde, no sentido de diversificar a prática assistencial e suprir as necessidade de cada usuário, família e comunidade.

Referências

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

BRASIL. Ministério da Saúde: Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 466 de 12 de dezembro de 2012.** Trata da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acessado em: 18 de agosto de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

COSTA, Carolina Fantauzz. **A educação popular como um instrumento de educação em saúde em comunidades de baixa renda: uma revisão bibliográfica.** Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3311.pdf>>. Acessado em: 16 de out de 2012.

RIBEIRO, Nayara Isabel Campos **Grupos Educativos: uma estratégia na atenção primária.** Formiga, 2012. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3414.pdf>. Acessado em 04 de out de 2012.

SOARES, Sônia Maria; Silva, Liliam Barbosa; SILVA, Patrícia Aparecida Barbosa. O teatro em foco: estratégia lúdica para o trabalho educativo na saúde da família. **Esc Anna Nery (impr.)**. V.15, n.4, p.818-824, out-dez 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a22v15n4.pdf>>. Acessado em: 18 de ago de 2014.

SOUSA, Leilane Barbosa de; AQUINO, Priscila de Souza; FERNANDES, Janaína Francisca Pinto.; VIEIRA, Neiva Franceleny Cunha; BARROSO, Maria Graziela Texeira Educação, Cultura e Participação Popular: Abordagem no Contexto da Educação em Saúde. **Rev. Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v. 16, n.1, p.107-112, jan/mar 2008. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n1/v16n1a17.pdf>> Acessado em: 16 de out de 2012.

SOUZA, Aline Corrêa. de; COLOMÉ, Isabel Cristina dos Santos.; COSTA, Lilian Ecopeli Deves.; OLIVEIRA, Dora Lúcia Leidens Corrêa de. A educação em Saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Rev Gaúcha Enfermagem**. Porto Alegre, v.26, n.2, p. 147-153, ago 2005. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4547/2478>> Acessado em: 18 de ago de 2014.

OLIVEIRA, Ester.; ANDRADE, Ilidiana. Miranda de; RIBEIRO, Rodrigo Soares; **Educação em Saúde: Uma Estratégia da Enfermagem para Mudanças de Comportamento. Conceitos e Reflexões.** Goiânia, 2009. Disponível em: <<http://www.cpgls.ucg.br/ArquivosUpload/1/File/CPGLS/IV%20MOSTRA/SADE/SAUDE/Uma%20Estrategia%20da%20Enfermagem%20para%20Mudanas%20de%20Comportamento.%20Conceitos%20e%20Reflexes..pdf>>. Acessado em 03 de fev de 2012.

Agradecimentos

Agradecemos aos profissionais enfermeiros pela colaboração no estudo.

PARTICIPAÇÃO DE ALUNOS EM ATIVIDADES RELACIONADAS A PROMOÇÃO DA SAÚDE EM UMA UNIVERSIDADE DO NORDESTE BRASILEIRO

Natália Bitar da Cunha Olegario – Universidade de Fortaleza – nath_bitar@hotmail.com

Guilherme Pinheiro Ferreira da Silva- Universidade de Fortaleza

Maíra de Oliveira Viana- Universidade de Fortaleza

Ana Maria Fontenelle Catrib- Universidade de Fortaleza

Nelson Filice de Barros- Universidade de Campinas

Ana Maria Fontenelle Catrib – Universidade de Fortaleza

Palavras-chave: promoção da saúde.universidades.educação em saúde

Resumo

O presente estudo tem como objetivo avaliar a participação de alunos em atividades relacionadas a promoção da saúde em uma universidade do nordeste brasileiro. Foi realizado um estudo de caráter transversal e abordagem quantitativa no período de fevereiro a dezembro de 2012 com alunos de uma universidade particular do nordeste brasileiro. Um questionário elaborado pelos pesquisadores foi aplicado em 80 alunos, sendo 7 excluídos por não preenchimento total do instrumento. Na instituição pesquisada evidenciou-se reduzida participação dos alunos em atividades que envolvam a PS no ambiente universitário. A atividade desenvolvida com maior participação estava relacionada ao incentivo de comportamentos promotores de saúde (27,5%). As atividades com menor relato de participação dos acadêmicos abordavam a autoestima e autoconhecimento, sexualidade, afetividade e relacionamentos interpessoais, com 4%, cada temática. Conclui-se que os adolescentes acadêmicos estudados têm reduzida participação em atividades que envolvem a temática promoção da saúde no ambiente universitário.

Introdução

A promoção da saúde (PS) é uma estratégia de produção social de saúde, sendo assim, é um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias de intervenção social, contribuindo na construção de ações que possibilitam responder às reais necessidades sociais em saúde (BRASIL, 2006). As universidades devem ser consideradas espaços sociais estratégicos para a PS por sua contribuição potencial à saúde de grupos populacionais específicos a elas relacionados, com consequente impacto sobre a população geral. Promover saúde, seja no âmbito acadêmico, seja nos serviços, implica proporcionar à população as condições necessárias para melhorar e exercer controle sobre sua saúde, envolvendo paz, educação, moradia, alimentação, renda, um ecossistema saudável, justiça social e equidade. Tal conceito baseia-se em quatro princípios: a saúde deve ser parte integrante de ações voltadas para o desenvolvimento; a saúde pode ser melhorada por meio da modificação do ambiente físico, social e econômico; as condições em espaços sociais como a casa, a escola, a universidade, a comunidade, o local de trabalho e a cidade influenciam profundamente a condição de saúde das pessoas; e, ações intersetoriais voltadas para a saúde são necessárias no nível local (DOORIS, 2002; ALTUN, 208). Segundo Mello, Moysés e Moysés(2010), a temática promoção da saúde inserida nos contextos sociais tem o potencial de ampliar a contribuição das universidades de várias formas. Os autores afirmam que universidades são instituições onde muitas pessoas aprendem, trabalham, socializam e usufruem do seu tempo de lazer, além de utilizarem serviços oferecidos, sendo assim, têm um importante potencial para proteger a saúde e promover o bem-estar de estudantes, funcionários e a comunidade, em toda sua abrangência através de políticas e práticas empregadas. Acreditam que universidades formam pessoas que são ou serão profissionais e formuladores de políticas com potencial de modificar condições que afetam a qualidade de vida de pessoas, sendo assim, através do desenvolvimento do projeto político-pedagógico e de pesquisa, universidades podem ampliar o conhecimento e o comprometimento com a PS de um vasto número de sujeitos capacitados e educados em várias áreas de atuação. Os autores afirmam ainda que sua ação comunitária dá oportunidade, para servir de exemplo, de boas práticas em relação à PS e de usar sua influência em benefício da saúde e qualidade de vida da comunidade local, nacional e internacional. Os pesquisadores citados anteriormente concluem, portanto que as universidades possuem potencial para contribuir com a saúde em três áreas distintas. A primeira envolve a criação de ambientes de trabalho, aprendizagem e vivências saudáveis para estudantes e funcionários, a segunda, a ampliação da importância da saúde, promoção da saúde e da saúde pública no ensino e na pesquisa e a última, o desenvolvimento de alianças e parcerias para a promoção da saúde e atuação comunitária. Diante desse contexto, o presente estudo tem como objetivo avaliar a participação de alunos em atividades relacionadas a promoção da saúde em uma universidade do nordeste brasileiro.

Metodologia

Foi realizado um estudo de caráter transversal e abordagem quantitativa no período de fevereiro a dezembro de 2012. A população do estudo foi composta por alunos de uma universidade do nordeste brasileiro, situada no estado do Ceará. O estudo respeitou os preceitos éticos que regem as pesquisas em seres humanos conforme as normas da Resolução n.º 466/12do Conselho Nacional de Saúde ⁽¹⁶⁾, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza com o parecer de número 054/2010 e todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Foram inclusos no estudo alunos regularmente matriculados nos cursos de medicina, enfermagem, fonoaudiologia e farmácia, com idade até 19 anos, considerados como adolescentes pela Organização Mundial da Saúde ⁽¹⁷⁾, e cursando o segundo ano da graduação. Utilizou-se como critérios de exclusão o não preenchimento de qualquer informação no instrumento proposto no estudo. Estudos e documentos governamentais que explicitam os constructos teóricos e as características de uma universidade promotora de saúde foram analisados e foram referência na elaboração de um questionário, utilizado como instrumento de coleta de dados da pesquisa (18-41). O questionário proposto aborda questões sócio-demográficas e relacionadas a participação em atividades que envolvem a promoção da saúde em diversas temáticas. Os dados obtidos foram analisados pelo programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 13.0. Para análise descritiva foram utilizados média, desvio padrão e percentual.

Resultados e Discussão

Participaram do estudo 80 alunos, sendo 7 excluídos por não preenchimento total do instrumento proposto. O estudo foi composto, portanto, por 73 acadêmicos com idade média de 18,2 ± 0,6 anos, sendo 11 do sexo masculino e 62 do sexo feminino. Todos alunos afirmavam ser solteiros e tinham renda familiar média de 4,2 ± 2 salários mínimos. Na instituição pesquisada evidenciou-se reduzida participação dos alunos em atividades que envolvam a PS no ambiente universitário. A atividade desenvolvida com maior participação estava relacionada ao incentivo de comportamentos promotores de saúde (27,5%). As atividades com menor relato de participação dos acadêmicos abordavam a autoestima e autoconhecimento, sexualidade, afetividade e relacionamentos interpessoais, com 4%, cada temática (Tabela 1).

Tabela 1: Atividades relacionadas com a promoção da saúde entre acadêmicos de uma universidade do nordeste brasileiro, 2014

	n=73
Atividades que promovem a convivência universitária (n/%)	14 (19,1%)

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Atividades que abordam autoestima e autoconhecimento (n/%)	4 (5,5%)
Atividades reflexivas sobre o planejamento de vida (n/%)	7 (9,6%)
Atividades que incentivam comportamentos promotores de saúde (n/%)	20 (27,5%)
	13
Atividades que promovem participação social (n/%)	(17,8%)
	12
Atividades sobre cidadania (n/%)	(16,4%)
Atividades sobre sexualidade (n/%)	4 (5,5%)
Atividades sobre afetividade e relacionamentos interpessoais (n/%)	4 (5,5%)
	13
Atividades culturais (dança, teatro, pintura ou outras) (n/%)	(17,8%)
Atividades recreativas e lazer (n/%)	9 (12,3%)

Segundo Mello, Mysés e Moysés (2010), o principal desafio de uma Universidade Saudável é integrar a PS nas políticas e práticas universitárias. De acordo com a autora, isto pode ser obtido por intermédio de: desenvolvimento de políticas saudáveis e planejamento sustentável na universidade; criação de ambientes saudáveis de trabalho; oferecimento de ambientes de suporte social e cuidados primários em saúde; facilidades para o desenvolvimento pessoal e social; encorajamento da ampliação do interesse acadêmico por PS, e desenvolvimento de parcerias com a comunidade.

Em contrapartida, os depoimentos e experiências dos participantes da oficina de trabalho no V Congresso nacional da Rede Unida, para discutir a PS nas diretrizes curriculares nacionais dos cursos da área da saúde (TEIXEIRA et al, 2005), demonstram que ainda há pouca atenção dispensada à PS nos cursos de graduação das profissões superiores da área da saúde, corroborando com os achados do presente estudo.

Segundo Azevedo e Pelicioni (2012) os cursos já institucionalizados da área da saúde ainda não têm conseguido superar a visão biomédica e propor ações voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças, à humanização das práticas médicas e ao resgate de saberes tradicionais e de práticas de baixo custo, cultural e ambientalmente ajustadas, objetivos, segundo o mesmo autor, considerados importantes pela Saúde Coletiva.

Mont'alverne e Catrib (58) destacam a atual atribuição de promover saúde no ambiente educacional como elemento modificador da realidade e afirma que o professor tem papel (trans)formador fundamental na construção ou perpetuação de uma ideologia, sendo este, portanto, peça chave na construção de um ambiente propício para o desenvolvimento de ações educativas em saúde.

Diante dos resultados apresentados, se torna evidente a necessidade de iniciativas e planejamento no que se refere a introdução ou fortalecimento da temática promoção da saúde no ambiente universitário.

Conclusão

Conclui-se que os adolescentes acadêmicos estudados têm reduzida participação em atividades que envolvem a promoção da saúde no ambiente universitário.

Referências

- ALTUN, E. Effect of a health promotion course on health promoting behaviours of university students. La Revue de Santé de la Méditerranée Orientale. v.14, n.4, p. 880-887, 2008.
- AZEVEDO, E.; PELICIONI, M.C.F. Práticas integrativas e complementares de desafios para a educação. Trab. Educ. Saúde. v.9, n.3, p. 361-378, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série Pactos pela Saúde 2006)
- DOORIS, M.; MARTIN, E.T. Developing a health promoting university initiative within the context of inter-sectoral action for sustainable public health: reflections from the University of Central Lancashire. IHUPE - Promotion & Education. 2002; Suppl 1:16-19.
- MELLO, A.L.S.F.; MOYSÉS, S.T.; MOYSÉS, S.J. A universidade promotora de saúde e as mudanças na formação profissional. Interface (Botucatu). v.14, n.34, p. 683-692, 2010.
- MONT'ALVERNE, D.G.B.; CATRIB, A.M.F. Promoção da saúde e as escolas: como avançar. Rev Bras Promoc Saude. 2013; 26(3): 307-8.
- TEIXEIRA, A.V et al. A promoção da saúde nas diretrizes curriculares dos cursos de saúde e nos novos projetos pedagógicos. In: CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA, MOSTRA DE PRODUÇÃO DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE MINAS GERAIS, FÓRUM NACIONAL DE REDES EM SAÚDE, REUNIÃO DE PÓLOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE, 2005, Belo Horizonte. Relatório final. Belo Horizonte, 2005. (Oficina 48).

Agradecimentos

Agradecemos ao CNPq pelo financiamento do estudo.

PERCEPÇÃO DA FAMÍLIA DO PACIENTE ONCOLÓGICO SOBRE O TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

Míria Conceição Lavinas Santos –Enfa Docente Externo do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFC – mlavinas@fortalnet.com.br

Lúcia do Socorro dos Santos –Enfa Hospital Haroldo Juaçaba/Instituto do Câncer do Ceará

Patrícia Lavinas Santos – Discente 6º semestre do Curso de Graduação em Psicologia – Universidade de Fortaleza/UNIFOR

Maysa Mayran Chaves Moreira – Enfa Residente do Hospital Haroldo Juaçaba /Instituto do Câncer do Ceará

Mara Fontenele de Oliveira – Enfa Mestranda do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem/UFC

Mariza Silva de Oliveira – Doutora em Enfermagem – Universidade Federal do Ceará/UFC

Palavras-chave:Família. Enfermagem Oncológica. Percepção. Quimioterapia.

Resumo

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

No tratamento quimioterápico o paciente oncológico e toda a família experienciam sentimentos conflitantes como preocupações, negações, isolamento e culpa. A família constitui uma unidade de cuidado para seus membros, merecendo atenção dos profissionais de saúde no âmbito de refletir sobre a assistência que lhe será prestada, no sentido de ajudá-la, da melhor forma possível, no desempenho da sua tarefa de cuidar. Neste âmbito se objetivou conhecer a percepção do familiar de pacientes submetidos à quimioterapia, a cerca do processo de tratamento. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de natureza qualitativa, realizado em 2014, tendo como Para a realização da pesquisa, optou-se por um hospital filantrópico de referência em oncologia (Fortaleza-Ce), que atende a pacientes do Sistema Único de Saúde. A coleta de dados foi obtida através de entrevista semi-estruturada, por meio da observação direta e falas gravadas em fita cassete. Foram entrevistados 12 familiares de pacientes submetidos à quimioterapia ambulatorial. Os critérios de inclusão, atendendo aos padrões burocráticos e aos requisitos estabelecidos pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição. Os dados, para análise, foram organizados em três categorias: 1) Percepção do familiar sobre o tratamento quimioterápico; 2) Déficit do conhecimento sobre a quimioterapia e efeitos adversos; 3) Dificuldades do familiar no acompanhamento do paciente em processo quimioterápico. Concluiu-se que é urgente a Promoção da Saúde dos familiares desses pacientes envolvidos no processo de ajudar ao seu ente com câncer, com estratégias de educação em saúde para o desempenho do cuidado e do apoio psicológico durante o tratamento quimioterápico.

Introdução

Em 2030, a incidência de câncer será de 21,4 milhões e a mortalidade será de 13,2 milhões, isso ocorre devido à melhoria na tecnologia que permite o diagnóstico e um tratamento mais efetivo. Além disso, conta com o crescimento e envelhecimento da população, por causa da redução de mortes por doenças infecciosas e da mortalidade infantil (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014).

No Brasil, em 2014, a incidência é de 576 mil casos, consta também os casos de pele não melanoma. Com isso, percebemos que o câncer trata-se de um problema de saúde pública. Daí a importância do conhecimento da sua magnitude, como base para o seu efetivo controle, seja por meio de programas de prevenção e detecção precoce, ou pela organização da rede assistencial para o tratamento e reabilitação da população acometida pela doença (INCA, 2014).

O câncer é um conjunto de mais de 100 tipos de doenças diferentes que tem como característica comum o crescimento desordenado das células anormais (INCA, 2008). No que se refere à malignidade, a principal característica desses tumores é a sua capacidade de invadir um local, destrutivamente, e de se disseminar, por metástase, para partes distantes do corpo (SPENCE; JOHNSTON, 2003).

Os tratamentos mais utilizados para o câncer locorregional são a cirurgia e a radioterapia, enquanto que para o sistêmico são a quimioterapia, a hormonioterapia e a terapia biológica (INCA, 2004).

Em relação ao tratamento quimioterápico, pode ser dividido em neoadjuvante, adjuvante e paliativo. No caso do neoadjuvante, acontece quando a administração da quimioterapia acontece antes do procedimento cirúrgico, para redução do tumor, metástases e favorecer a cirurgias menos radicais. A terapia adjuvante sucede ao tratamento cirúrgico, com isso evitando a recidiva. Já na paliativa, acontece quando há comprovação de metástases à distância, com intuito de aumentar a sobrevida e a qualidade de vida do paciente (FRASSON *et al.*, 2011).

A quimioterapia antineoplásica proporciona aumento da sobrevida livre da doença, uma vez que é um tratamento que promove o controle ou a erradicação de micrometástases. Porém, essa terapêutica está associada a efeitos colaterais, muitas vezes, agressivos que podem conduzir a alterações na sua auto-estima, perda funcional, além de alterações emocionais e sociais. Por isso é realizada em ciclos com intervalos determinados para que as células normais não sejam bastante prejudicadas durante o tratamento (CONCEIÇÃO, LOPES; 2008).

Durante o tratamento, toda a família, principalmente os pais, experienciam conflitos, preocupações, negações e emoções, como raiva, mágoa, medo, ressentimento, isolamento, depressão e culpa. A família depara-se, muitas vezes com a morte de algum paciente que não conseguiu sobreviver ao câncer, causando uma dor imensa e afetando a capacidade de manter-se em equilíbrio (VALLE, 1997).

Considerando o fato de a família constituir uma unidade de cuidado para seus membros, os profissionais de saúde deverão refletir sobre a assistência que lhe será prestada, no sentido de ajudá-la, da melhor forma possível, no desempenho da sua tarefa de cuidar. Compete a esses profissionais identificar as situações que precisam ser melhores assessoradas. Com essa prática, o enfermeiro munido de sua experiência, deverá observar o modo como as pessoas enfrentam a situação de doença em seu meio familiar e como elas utilizam os recursos colocados a sua disposição.

O interesse por essa problemática ocorreu em decorrência da vivência no cotidiano profissional dos autores e fez perceber o quanto os familiares do paciente, direta ou indiretamente envolvidos com o tratamento, são desinformados acerca da quimioterapia e dos efeitos colaterais e adversos que surgem, ao longo do tratamento.

Diante dessa realidade, e justamente pela maior proximidade com esse paciente e com sua família na relação laboral, tornou-se importante, identificar as percepções do grupo parental, para esclarecê-lo, corretamente, tirar suas dúvidas sobre o tratamento, desfazer tabus, temores e preconceitos existentes entre os próprios enfermos, e as pessoas, de um modo geral. Acredita-se que essa estratégia servirá de estímulo aos familiares, para que participem, de forma ativa, na clarificação desse evento complexo e que exige a permanência constante do familiar, ao lado do paciente submetido à quimioterapia.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter descritivo e exploratório, realizado em 2014. A pesquisa foi desenvolvida em um serviço ambulatorial de um hospital filantrópico, de referência em oncologia, em Fortaleza-Ceará, com atendimento a usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), para quimioterapia ambulatorial.

Foram selecionados para entrevista 12 familiares de pacientes, correspondendo a 60% do total de atendimentos/mês.

A seleção dos sujeitos ocorreu segundo critérios de inclusão:

Ser parente de 1º ou 2º grau do paciente submetido à quimioterapia;

Ser o cuidador do familiar em processo de tratamento quimioterápico;

Ser maior de 18 anos;

Estar cuidando pela primeira vez de paciente com câncer;

Ter disponibilidade para participar das sessões da entrevista.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Antes de iniciar a coleta dos dados foi realizado o pré-teste do instrumento com a intenção de verificar o entendimento das questões e a previsão do tempo de duração da entrevista com os familiares dos pacientes em tratamento quimioterápico. Convém ressaltar que esses sujeitos não fizeram parte da pesquisa final.

A coleta dos dados foi realizada no período de março a junho de 2014, utilizando a entrevista semi-estruturada. A entrevista foi realizada em uma sala privativa, nos dias e horário da quimioterapia do paciente, no total de dois encontros para familiar, sendo utilizado um gravador, com fita cassete, para a reprodução dos dados, com absoluta fidedignidade. Finalizada a coleta dos dados, as falas foram transcritas na íntegra, organizadas em categorias e analisadas conforme Análise de Conteúdo proposto por BARDIN (2004) e a literatura científica pertinente. As categorias formadas foram:

1. Percepção do familiar sobre o tratamento quimioterápico; **2.** Déficit do conhecimento sobre a quimioterapia e efeitos adversos; **3.** Dificuldades enfrentadas no acompanhamento do paciente oncológico.

Os participantes foram convidados, de maneira informal, sendo-lhes apresentado, na ocasião, o Termo de Consentimento, em que era solicitada a sua anuência, para a pesquisa. Seguindo os aspectos éticos de acordo com a resolução 466/2012. Para garantir o anonimato dos participantes, optou-se, neste estudo, por indicá-los com nomes fictícios de sentimentos. A utilização desses codinomes foi atrelada à luta dos familiares frente ao câncer, e cada palavra expressada no momento da entrevista, significava o sentimento vivenciado.

Resultados e Discussão

Caracterização dos entrevistados:

Os participantes do estudo encontravam-se na faixa etária, entre 19 e 57 anos. A procedência do interior foi maior que a da capital. Quanto ao estado civil, seis eram casados; quatro eram solteiros, e dois divorciados. Com relação ao grau de instrução, cinco possuíam o ensino fundamental, seis o ensino médio e apenas um tinha nível superior. No que se refere à renda familiar, sete possuíam renda inferior a dois salários mínimos. Esses dados revelam precariedade, quanto à capacidade de prestar cuidados adequados ao familiar doente, tanto pela baixa renda e pouco poder aquisitivo para promover o conforto e bem-estar, quanto pelo nível de escolaridade considerado baixo, dificultando a capacidade de apreensão das técnicas básicas do cuidado.

Em se tratando dos aspectos relacionados ao paciente oncológico, o tempo de tratamento apresentado foi o seguinte: quatro haviam iniciado o tratamento antes de 6 meses; três encontravam-se em tratamento, entre 12 e 18 meses; três ainda não haviam completado 12 meses de tratamento, e apenas dois vinham sendo tratado há mais de 24 meses. Convém ressaltar que um doente, cujo familiar vinha participando da pesquisa foi a óbito, em quanto esta era desenvolvida.

No que diz respeito a variável tempo de tratamento, o que se observa é que oito dos pacientes já contava com mais de 6 meses de tratamento, e, mesmo assim, ainda apresentava dificuldades relacionadas ao processo de adoecimento.

Percepções dos familiares:

Percepção do familiar sobre o tratamento quimioterápico: Pode-se observar que os sujeitos do estudo não tinham noção do que seria o tratamento, seus riscos e benefícios, e, ainda imaginavam que seus familiares estavam fazendo o tratamento, simplesmente por indicação médica. Quanto à percepção, três demonstraram ver o tratamento, como bom; dois, como a única solução; dois, como um tratamento muito difícil; três, como algo que maltrata muito, e dois, como necessário. A partir dessas definições, percebeu-se que as respostas dadas aos questionamentos sobre o tratamento quimioterápico, eram permeadas de sentimentos, de dúvidas e de angústias.

Sobre essa realidade, Kubler-Ross (1997) refere que os familiares de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia experimentam sentimentos diante da ameaça da perda, de forma semelhante à vivenciada por todos os seres humanos que se defrontam com situações trágicas. Inicialmente, vem o choque que leva à negação, e que se caracteriza pela recusa em aceitar a realidade. Vicenzi et al (2013) acredita na importância da equipe de enfermagem estar habilitada a direcionar ações educativas aos pacientes e aos familiares, ainda integrando outros profissionais, como psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e médicos. Isto é, reunir diversas especialidades com a intenção de prestar uma assistência que visa à integralidade.

Déficit de conhecimento sobre a quimioterapia e efeitos adversos: Como resposta aos questionamentos feitos, as falas mostraram que mais da metade dos participantes consideraram que a quimioterapia é composta por medicamentos fortes, administrados para matar a doença, e que esse é um tratamento horrível. Ao mesmo tempo, que os familiares vêem a quimioterapia como algo negativo, por serem medicamentos fortes, também os consideram como algo necessário e de grande valia para o andamento do tratamento. Quanto aos efeitos adversos, a maioria dos entrevistados conhecia alguns efeitos adversos, como náuseas e vômitos; anorexia, alopecia, dor, depressão, adinamia, caquexia, tontura, tosse e imunodepressão, mas não sabia o porquê da sua ocorrência. Não tinham um esclarecimento sobre como apareciam.

Salles e Castro (2010) referem que, quando os responsáveis estão orientados sobre a maneira mais adequada de cuidar, a adesão do paciente ao tratamento aumenta, a informação os torna mais seguros, e colabora-se para o sucesso do tratamento e melhora a qualidade de assistência de enfermagem. Diante dessa necessidade que permeia o cotidiano do familiar, torna-se evidente a relevância de a enfermagem desenvolver habilidades de “pensar família”, entendendo-a como sistema que demanda apoio, atenção e cuidado (GOMES, AMADOR e COLLET, 2012)

Dificuldades enfrentadas no acompanhamento do paciente oncológico: Quanto às dificuldades encontradas durante o processo, dez entrevistados responderam que não enfrentaram nenhum obstáculo para acompanhar o seu familiar, atribuindo o fato à orientação recebida da equipe de enfermagem tida como de excelente qualidade, e à boa estrutura hospitalar disponibilizada. Apenas dois responderam que tinham encontrado dificuldades, no acompanhamento, acreditando o acontecido ao abandono de suas atividades, tanto do trabalho, quanto do lar, enquanto se tornaram acompanhantes/cuidadores.

Segundo Gomes, Amador e Collet (2010) o enfermeiro desempenha um papel fundamental, quando é um vínculo apoiador para as crianças e os integrantes da família. As ações que compõem este papel de fornecer apoio são parte do cuidado integral na sala de quimioterapia.

Conclusão

Inferiu-se do presente estudo, que os familiares de pacientes submetidos à quimioterapia, em nível hospitalar, não estão sendo incluídos no processo de ajuda ao paciente com câncer, tendo em vista que, de volta às suas casas são acompanhados de dúvidas e incertezas que bem poderiam ter sido esclarecidas, ainda no hospital. Evidenciando-se a falta de informação sobre o uso de quimioterápicos, a cerca do tratamento e os seus efeitos colaterais, dificultando o desempenho do cuidado e do apoio psicológico prestado ao doente e acarretando desgaste físico e emocional aos familiares, além de tornar visível a necessidade de oferecer informações mais precisas, a cerca dos riscos e benefícios decorrentes desse processo. Nesse sentido faz-se necessário promover ações de educação em saúde acerca desses problemas, como forma de assegurar aos familiares e pacientes uma melhor qualidade de vida.

Referências

- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3ª ed. Lisboa: Edições 70, 2004.
- CONCEIÇÃO L. L., LOPES R. L. M. O cotidiano de mulheres mastectomizadas: do diagnóstico à quimioterapia. **Rev enferm UERJ**, 16: 26-31, 2008.
- FRASSON, A. *et al.* **Doenças da mama**: guia prático baseado em evidências. São Paulo: Ateneu, 2011.
- GOMES, I. P.; AMADOR, D. D.; COLLET, N.A presença de familiares na sala de quimioterapia pediátrica. **Rev. bras. enferm.**, vol.65, n.5, p. 803-808, 2012.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (BR). **Estimativa 2014**: incidência de câncer no Brasil. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/index.asp?ID=2>. Acessado em: 21 jan. 2014.
- _____. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008.
- _____. **Controle de câncer de mama: documento de consenso**. Rio de Janeiro: INCA, 2004.
- SALLES, P. S.; CASTRO, R. C. B. R. Validação de material informativo a pacientes em tratamento quimioterápico e aos seus familiares. **Rev. esc. enferm. USP**, vol.44, n.1, p. 182-189, 2010.
- KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 8ª Ed. São Paulo: Martins Fontes, 1997.
- SPENCE RAJ, JOHNSTON PG. **Oncologia**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
- VALLE E. R. M. Câncer diagnóstico e tratamento. Câncer infantil – compreender e agir. Campinas: PSY; 1997.
- VICENZI, A.; SCHWARZ, E.; CECAGNO, D.; VIEGAS, A. C.; SANTOS, B. P.; LIMA, J. F. Cuidado Integral de enfermagem ao paciente oncológico e á família. **Rev Enferm UFSM**, Set/Dez;3(3), p.409-417, 2013.

Agradecimentos

Agradecemos ao Hospital Haroldo Juaçaba/ICC por autorizar a realização do estudo. Aos profissionais do Serviço de Quimioterapia pelo acolhimento dos pesquisadores. Aos pacientes e familiares pela disponibilidade e valiosa de participação.

PERCEPÇÃO DA REALIDADE DOS PORTADORES DE HIV/AIDS USUÁRIOS DO CTA ARAPIRACA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Genielson Luiz da Silva – Universidade Federal de Alagoas- genielson15@hotmail.com
Marina Rodrigues Carvalho – Universidade Federal de Alagoas
Larissa Fábia Duarte Silva – Universidade Federal de Alagoas
Andreivna Kharenine Serbim (Orientador) – Universidade Federal de Alagoas

Palavras-chave: Aconselhamento. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS). Doenças Sexualmente Transmissíveis.

Resumo

Este relato tem por objetivo descrever a percepção geral de acadêmicos de enfermagem da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) em face da realidade de portadores do vírus da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS), usuários de um Centro de Testagem e

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Aconselhamento (CTA). O relato foi do tipo descritivo tendo como cenário o CTA de Arapiraca- Alagoas. São descritos neste trabalho as principais ações realizadas na unidade de saúde supramencionada com destaque ao aconselhamento que tem por objetivo principal a difusão de informações que sejam efetivas na promoção e prevenção contra as doenças sexualmente transmissíveis. Sendo prioritária, nesse serviço, a humanização do atendimento, o respeito ao direito de cidadania do indivíduo soropositivo e a busca de estratégias adequadas que contribuam para a melhoria do acesso na atenção à saúde e da qualidade do atendimento aos seus usuários.

Introdução

Os Centros de Testagem e Aconselhamento constituem um serviço de saúde com uma experiência ímpar na implantação de ações de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais, a importância destes serviços está justamente no fato de que a atuação dos profissionais deste centro não está restrita ao teste rápido, servindo esta unidade também como “porta de entrada” para a população no que diz respeito a questões psicossociais da epidemia do HIV/AIDS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999, p. 5)

A AIDS descoberta na década de 1980 ainda representa na atualidade um desafio para a saúde mundial, tendo em vista que mesmo atingido inúmeras conquistas, algumas questões decorrentes da convivência com a infecção, das quais se dá destaque ao estigma social e preconceito, ainda dificultam a assistência para os portadores desta síndrome. Nesse sentido, Centros de Testagem como o da localidade de Arapiraca, que não conta com amparo de atendimento nas imediações tende a extrapolar suas funções para diminuir o impacto psicológico do indivíduo diante desta nova realidade, onde há tantas vezes a redução no seu direito como cidadão, seja por dificuldade no trabalho, desemprego, discriminação e/ou por possível rejeição familiar. (FARIA, 2011, p.339-340)

O acolhimento realizado no CTA possibilita a inclusão dos usuários que se mostram marginalizados ao sistema de saúde, prática esta que inclui primordialmente o aperfeiçoamento do exercício, ainda incipiente, do controle social preconizado pelo SUS. (SILVA, 2004, p.5)

Diante disso, além de absorver a demanda que procura os bancos de sangue com fins de conhecer sua condição sorológica, tendo como consequência desta situação o auxílio que os CTAs acabam por oferecer no diagnóstico da infecção pelo HIV, cabe dizer que circulam também entre os objetivos desses serviços a contribuição para a redução dos riscos de transmissão do HIV e da reinfecção, o estímulo à adoção de práticas seguras de prevenção ao HIV tendo em vista o uso de drogas, a referência às pessoas soropositivas para os serviços assistenciais especializados, estímulo ao diagnóstico de parceiros sexuais e auxílio de ambulatórios pré-natal na avaliação sorológica das gestantes. (FERREIRA; et al, 2001, p. 482)

O CTA Arapiraca conta com uma equipe multidisciplinar constituída por assistente social, enfermeiro, técnicos de enfermagem, psicólogo, além de uma equipe administrativa. Esta unidade funciona de segunda a sexta-feira, no período matutino e vespertino, em horário comercial, e realiza cerca de 450 testes mensais, tem suas ações destinadas, prioritariamente a seguimentos populacionais considerados em situação de maior vulnerabilidade e, de maneira geral, a população como um todo. Este é um centro de média complexidade que atende tanto a demanda espontânea quanto a referência de unidades de saúde de todo agreste, tendo em visto que a assistência integral aos portadores de HIV/AIDS ainda está centralizada na cidade de Maceió.

De acordo com Ferraz (2000) a promoção da saúde para usuários de HIV/AIDS é um desafio por se tratar do potencial da saúde, e é de difícil mensuração, uma vez que o objeto-saúde é totalmente subjetivo, dependendo de um largo espectro de conhecimento para sua compreensão. (ALMEIDA; et al, 2008, p.23)

Com essa perspectiva, promover a saúde no contexto de HIV/AIDS em pessoas soropositivas exige romper barreiras impostas pelo meio social que se originam no preconceito e no desconhecimento das capacidades e potencialidades das mesmas em contribuir com uma nova cultura de participação para promoção da sua saúde.

Metodologia

Estudo de abordagem descritiva na forma de um relato de experiência sobre a percepção da realidade dos portadores de HIV/AIDS usuários do CTA-Arapiraca por discentes do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, Campus Arapiraca, durante as atividades de campo do PET SAÚDE (Grupo PET - Rede Psicossocial) nos anos de 2013 e 2014.

Resultados e Discussão

Ao procurar o CTA, o sujeito depara-se com um esquema que funciona com aconselhamentos antes e após o teste rápido, o qual tem por papel fundamental garantir a qualidade e a integralidade na assistência à saúde, além de ajudar este indivíduo em relação à prevenção e avaliação de riscos. Nesse sentido, o pré-teste corresponde a uma palestra coletiva, a qual busca prevenir e informar no que diz respeito a algumas DSTs, seguida por uma entrevista individual orientada por roteiro oferecido pelo Ministério da Saúde. O aconselhamento pós-teste e o diálogo estabelecido neste giram em torno da entrega e constatação dos resultados do exame, importância da prevenção.

Este centro tem em seu atendimento a primazia do sigilo e ética em seus serviços como ponto norteador, principalmente, no que diz respeito ao resultado final do teste rápido, independente da constatação positiva ou negativa deste. Caso positivo, o CTA é responsável por encaminhar o indivíduo para tratamento nos serviços de referência, tais como o centro de saúde PAM Salgadinho localizado em Maceió.

Além do atendimento e aconselhamento, existem ainda ações de prevenção realizadas pelo CTA fora da unidade de saúde (ações extramuros), em instituições públicas e privadas que necessitam de orientações frente às DSTs. O CTA disponibiliza também insumos de prevenção, como condom masculino e feminino para a população geral e para os usuários do centro e Kits de redução de danos para pessoas que fazem uso de drogas.

Na rotina a maior problemática percebida pelos discentes de enfermagem se mostrou na centralização do serviço integral de assistência ao soropositivo na cidade de Maceió, isso porque além de debilitar a celeridade no atendimento, este cenário caracteriza a formação de mais uma situação geradora de sofrimento em meio a tantas outras, tendo em vista o inconveniente proveniente da longa viagem de Arapiraca a Maceió, os custos que estas geram para estes indivíduos, além da dependência gerada em relação ao transporte público oferecido pela prefeitura.

Conclusão

Por fim, fica claro que o esquema para atendimento é deveras eficaz tendo em vista que cumpre o seu papel de forma satisfatória com o bônus de através da abordagem ética edificar um vínculo de confiança bilateral entre profissional e paciente, o que certamente facilita a resolução de questões psicossociais do usuário que venham a impedir a adesão ao tratamento.

O período de vivência para os estudantes de enfermagem permitiu através do PET-Saúde fugir da rotina de sala de aula de modo a interagir de fato com o âmbito do serviço de saúde, podendo assim visualizar o funcionamento desta rede na real perspectiva do

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) em relação aos portadores HIV/AIDS na localidade do município de Arapiraca. Nesse sentido, fica claro que esta vivência permitiu a formação de futuros enfermeiros mais dinâmicos tanto frente às dificuldades impostas pelo próprio sistema quanto pelas necessidades de saúde que se desenvolvem nos usuários durante o tratamento.

Vale destacar também a importância da humanização do serviço para uma melhoria no acesso e na boa qualidade do atendimento aos seus usuários para que possa ser firmado um verdadeiro sistema de responsabilidade e prestatividade para com os próprios usuários.

Outro papel fundamental e que ainda é uma necessidade, é a realização de pesquisas científicas que busquem identificar o perfil dos usuários atendidos no CTA para construir futuras propostas de intervenção que visem à melhoria da qualidade de vida para estes pacientes.

É relevante salientar também os objetivos principais da Política Nacional de DST/AIDS que diz respeito a: Reduzir a incidência de infecção pelo HIV/AIDS e por outras DSTs; Ampliar o acesso ao diagnóstico, ao tratamento e à assistência melhorando sua qualidade no que se refere ao HIV/AIDS; Fortalecer as instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle das DST e da AIDS.

Nesse contexto, é muito relevante que os objetivos sejam seguidos por instituições públicas que prestem serviços aos usuários de HIV/AIDS, promovendo a eles um atendimento de forma holística, qualificado e humanizado em saúde, permitindo a volta ao serviço com altivez e empatia.

Referências

DIRETRIZES DOS CENTROS DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO – CTA: Manual. /Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. p. 32.

SILVA, Sonia Maria Batista da. CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO – CTA: caminhos e trilhas em construção. Rio de Janeiro: UFRJ/ NESC, 2004. p. 1-7.

FERREIRA, Margarete de Paiva Simões; et al. TESTAGEM SOROLÓGICA PARA O HIV E A IMPORTÂNCIA DOS CENTROS DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO (CTA). Rio de Janeiro: [s.n.], 2001. p. 481-486.

FARIA, Evelise Rigoni de; et al. INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS PARA PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS: modelos, resultados e lacunas. Porto Alegre: Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology, 2011. vol. 45. p. 339-350.

ALMEIDA, C.F.; ANDRADE, M.; PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PREVENÇÃO DE HIV/AIDS EM PESSOAS COM 60 ANOS OU MAIS. Informe-se em promoção da saúde, v.4, n.2. p.22-24, 2008.

Agradecimentos

À Enfermeira e Professora Mestre Andreivna Kharenine Serbim, Tutora do Programa de Educação Tutorial PET-Rede de Atenção Psicossocial, pela competência, dedicação e orientação para com seus alunos na elaboração deste trabalho

À Assistente Social e Preceptora do PET-Rede de Atenção Psicossocial, Daniela Vieira França pela força e prestatividade.

A equipe multiprofissional e dinâmica do CTA-Arapiraca pelas honras prestadas.

Às amigas Marina Rodrigues Carvalho e Larissa Fábila Duarte pela generosa e singela contribuição na construção deste trabalho.

E por fim, aos meus pais por me ensinarem a ser uma pessoa batalhadora, a ter princípios e lutar sem desistir pelo que almejo. Sem eles nada seria possível!

PERCEPÇÃO DE ADOLESCENTES SOBRE AS REDES SOCIAIS

Caroline Bitar da Cunha Olegário – UNIFOR - bitar__carol@hotmail.com

Tallys Newton Fernandes de Matos – UNIFOR

Patricia Passos Sampaio – UNIFOR

Tyna Fontenele Scortegagna – UNIFOR

Ana Maria Fontenelle Catrib – UNIFOR

Palavras-chave: Adolescência, Percepção, Redes, Sociais.

Resumo

A adolescência é uma fase da vida caracterizada pela busca da identidade, crises, conflitos, estresse e luto causado pelas perdas do corpo e dos pais da infância. Neste contexto é importante explorar a percepção na adolescência, pois esta fase é um momento no qual o ser humano passa por experiências transformadoras, criando habilidades de detecção, discriminação e reconhecimento. Neste trabalho será explorada a percepção de adolescentes sobre as redes sociais. As redes sociais são um conjunto de participantes autônomos, unindo idéias e recursos em torno de valores e interesses compartilhados. Com isso, o objetivo do trabalho foi investigar a percepção de estudantes, de uma escola promotora de saúde, sobre as redes sociais. O público envolvido foram 90 alunos da rede pública. Essa população foi dividida em três grupos, 30 alunos cada, que debateram sobre os aspectos positivos e negativos da utilização das redes

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

sociais na escola. Os resultados obtidos mostraram que os principais pontos positivos são: ampliação da comunicação, interatividade, socialização, acesso a informação, conhecimento e lazer. Como pontos negativos foram apresentados: o desinteresse por atividades escolares mais tradicionais, o desenvolvimento da dependência pela internet(vício), efeitos orgânicos(cansaço,falta de sono e de apetite, etc), aumento da fofoca e o surgimento de neologismos e o desenvolvimento de atitudes inadequadas socialmente. Por fim, os adolescentes sugeriram que deve haver uma estratégia de conscientização por parte da escola em relação ao uso das redes sociais. Esse modelo de conscientização estaria voltado para projetos que esclarecessem dúvidas; vídeos, textos, exposição de idéias são modelos sugeridos.

Introdução

Para a psicologia, a adolescência é uma fase da vida caracterizada por crises e conflitos devido às mudanças vivenciadas no corpo(sexualidade), na cognição , nas emoções e nas interações sociais. A Psicanálise descreveu esse período como sendo uma busca pela identidade acompanhada de confusões, estresse e luto causado pelas perdas vivenciadas: perda do corpo infantil e perda dos pais da infância. Os adolescentes apresentam também oscilações de humor, deslocamento temporal, atitude social reivindicatória, contradições sucessivas na conduta, fase nomeada por Maurício Knobel como Síndrome Normal da Adolescência (Pereira, 2005).

A tendência a fantasiar, intelectualizar e a provar coisas novas faz dessa fase uma busca constante por aventuras exigindo uma tomada de decisão em relação a vários aspectos importantes da vida: profissão, religião, companheiro, escolhas que abrem portas para o amadurecimento. Nesse período é natural testar a sexualidade e conhecer também outras opções de relacionamento social, como namoro, jogos e estudo. Da mesma forma, é o momento de optar por alternativas socialmente consideradas negativas, como o uso de bebidas alcoólicas, drogas, violência ou criminalidade (Contini; Koller; Barros, 2002).

A adolescência gera uma crise momentânea nas etapas cognitivas e no desenvolvimento físico. O crescimento de pelos, a evolução e adaptação do organismo como o surgimento dos caracteres sexuais secundários, também compõem esse período e favorecem duvidas e confusões.

Neste contexto é importante explorar a percepção na adolescência, pois esta fase é, também, um momento no qual o ser humano passa por experiências transformadoras e constitutivas de sua subjetividade. Ele passa a construir as suas representações sociais sobre o mundo que o cerca. Vale lembrar que representação social é o conhecimento do modo pelo qual um grupo de sujeitos constrói um conjunto de saberes que manifestam a identidade (Moscovici, 2005). A identidade não é algo dado, mas está em constante transformação e passa a ser concebida através de uma dialética “morte e vida”. (Lane, 1994).

A percepção é um conjunto de eventos inter-relacionados pelos quais são descritas aparências e eventos como imagens, sons, odores e gostos, que vivem na experiência consciente, criando habilidades de detecção, discriminação e reconhecimento (Sekuler, 1994). A percepção de adolescentes sobre as redes significa um sistema de elos; uma estrutura sem fronteira, comunidade não geográfica e sistema de apoio não físico. E é social pois refere-se às relações, sociabilidade, sentimentos, modos de ser, de estar de agir e de se manifestar. Aplica-se a interações humanas significativas para sujeitos. Portanto rede social deriva de uma representação de um conjunto de participantes autônomos, unindo ideias e recursos em torno de valores e interesses compartilhados (Marteleto, 2001). Com isso, o objetivo do trabalho foi investigar a percepção de estudantes de uma escola promotora de saúde sobre as redes sociais.

Metodologia

O público envolvido foram 90 alunos da rede pública da ***Escola Estadual De Educação Profissional José De Barcelos***, localizada na comunidade de Messejana em Fortaleza, no Estado do Ceará. Os alunos correspondiam as duas turmas do segundo ano do ensino médio e profissionalizante. Essa população foi dividida em três grupos, 30 alunos cada, que debateram sobre os pontos positivos e negativos das redes sociais na escola através de uma roda de conversa, que são espaços circulares e protegidos que viabilizam e estimulam a ampla participação de todos, a partir de um tema gerador. Ao fim do debate os estudantes foram para a quadra e um representante de cada grupo fez a apresentação das ideias discutidas em cada roda. A roda aconteceu em maio de 2014, e teve a duração de quatro horas, no turno da manhã.

Resultados e Discussão

Após o debate, nas três rodas de conversa e a formalização de um único grupo reunindo os resultados, os adolescentes chegaram à conclusão que as redes sociais têm seus pontos positivos e negativos,além de apresentarem sugestões para a otimização do uso das redes sociais na escola a fim de otimizar a aprendizagem gerando bem estar e melhor qualidade de vida para alunos e professores.

Aspectos Positivos

Neste tópico foi estabelecido que os benefícios em torno das redes sociais estavam voltados para a facilidade de “comunicação”. Isto foi justificado pela distância que duas ou mais pessoas podem estar precisando comunicar-se. As “notícias” ganharam destaque nos benefícios das redes sociais. Estas possibilitam conhecimento em tempo real do que esta ocorrendo em determinado local de interesse.

A “interatividade” é outro aspecto positivo nos benefícios apontados pelas redes sociais. É nelas que se sobrepõe a ação da influência mútua entre pessoas, grupos e comunidades. Por meio delas é que são estimuladas ideias de cooperação, mobilização, colaboração e participação. Isto pode ocorrer de modo direto e indireto. Nestes aspectos os adolescentes destacaram a importância de reivindicar direitos, públicos ou privados, via rede social. Destacaram a formalização de eventos para o encontro de grupos. É a própria interatividade que produz à ação.

A “socialização”, descrita como benefício, foi interpretada como modelo de aprendizagem cultural. Foi nela que os adolescentes colocaram a importância de exercer valores sociais como cidadania. Introduziram, também, que é na socialização que acontece a integração e relações com outros indivíduos.

A “informação”, também acrescentada é um tópico relevante, pois envolve diferentes aspectos. A informação é um conjunto de conhecimento sobre alguém ou sobre alguma coisa ou evento, obtido por outro. O “conhecimento” também foi um aspecto bastante debatido, pois muitos adolescentes destacaram que alguns conteúdos estudados em sala de aula, são de difícil compreensão. Então, através da rede social pode-se esclarecer dúvidas com colegas e professores, pode-se ter as apresentações da aula em *power point*, o que facilita o processo de aprendizagem. O conhecimento neste aspecto é o ato ou efeito de conhecer, ideia ou noção de alguma coisa, descoberta de fatos, estudo, ensino e saber.

Outro fator impactante apontado foi as relações amorosas que podem ser desenvolvidas a partir das redes sociais. Neste aspecto os adolescentes visualizaram as redes sociais como uma alternativa de conhecer novas pessoas na expectativa de desenvolver

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

relacionamentos. Segundo os adolescentes, existem inúmeros casamentos bem sucedidos que iniciaram com apenas um “click”. Para eles “é possível encontrar o amor de sua vida, sim!” nas redes sociais.

“Conhecer novas pessoas” é uma alternativa que pode se encaixar com as anteriores, porém os adolescentes especificaram relatando que por muitas vezes não conseguem se enquadrar em seu meio social e buscam na internet, por meio das redes sociais, pessoas parecidas, similares. Podemos exemplificar com o relato de uma jovem que disse ser “roqueira” e sentia dificuldade de conseguir amigos visto que no Ceará as pessoas gostam mais de “forró”. Então buscou pessoas que gostassem do mesmo estilo de música que ela.

“Aprender novas línguas” também introduzida, envolve fatores já apontados como conhecimento e informação, mas destacamos por mostrar que existe um desejo de ampliar fronteiras ou quebrar barreiras, virtuais. Isso se torna explícito quando os adolescentes relatam ter interesse de conhecer outros países. Nesta situação é interessante pensar que por trás dessa “virtualização” sistemática existe uma gama de desejos ou mesmo fantasias.

Por fim, eles ressaltaram que as redes sociais têm caráter de “lazer”. Neste aspecto enfatizamos os jogos e desenhos, entre outros, como uma recreação. Existem casos de pessoas que exageram neste aspecto, mas para alguns essa diversão representa descanso, distração de problemas e produz relaxamento.

Aspectos Negativos

Foi ressaltado que passar muito tempo no computador pode acabar prejudicando as atividades diárias e em casos mais extremos oportunizar a perda do contato com a realidade. Notou-se que há uma repetição do termo “desinteresse” relacionado ao cotidiano de modo geral. E especificamente ao modelo mais tradicional de aula. Este desinteresse é apontado como negativo pois pode possibilitar a negligência e a indiferença do aluno.

Outro aspecto apontado foi a possibilidade de criar dependência da máquina -“vício”- que é direcionado a um hábito de estar sistematicamente plugado causando prejuízo até para a saúde do aluno.

Os estudantes descreveram também que as redes sociais produzem efeitos orgânicos, prejudiciais à saúde. Podem-se destacar as “olheiras” que são um aspecto criado pela concentração anormal de vasos sanguíneos sobre a pálpebra inferior, e resulta no escurecimento abaixo da região ocular. As olheiras estão associadas a perda de sono e ao fato dos alunos estar a noite inteira na internet. Foi destacada também a perda de apetite. Os alunos relataram que “esquecem de comer” ou se alimentar por conta do interesse pelas redes sociais. Foi mencionado também que muitas vezes estar conectado pode produzir distanciamento dos familiares e das atividades escolares, bem como o próprio desinteresse de si mesmo.

Fofoca e falsidade são outros aspectos negativos evidenciados pelos adolescentes. Eles descrevem como fofoca o ato de fazer afirmações não baseadas em fatos concretos, especulando situações da vida alheia. Há ainda, segundo relato deles, a possibilidade de faltar com a verdade nas interações que são feitas nas redes sociais. Nesta situação os alunos descreveram que a falsidade nas redes sociais se direciona aos exageros em amizades. Um exemplo disto é quando um “indivíduo se direciona a alguém nas redes sociais e não reconhece o outro pessoalmente”.

Outra característica descrita foi o neologismo, que se refere à criação de uma nova palavra na língua devido à necessidade de designar novos objetos ou conceitos. Os estudantes destacaram que há uma utilização de linguagem imprópria e uso indevido da língua portuguesa. Por fim, destacaram que as redes sociais podem viabilizar atitudes socialmente inadequadas como exploração infantil, estupro, violência e até mortes. Em outros casos há a exibição de conteúdos pornográficos que funcionam como jogo de sedução.

Conclusão

A percepção do adolescente sobre as redes sociais mostrou-se realista e coerente. Apesar de serem apontados vários aspectos positivos da utilização das redes sociais na escola, os aspectos negativos exigem que estratégias de conscientização do melhor uso das redes sociais devem ser desenvolvidas e implementadas pela escola. Esse modelo de conscientização estaria voltado para projetos que esclarecessem dúvidas sobre as problemáticas apontadas. Um método para tal modelo é a criação de palestras na escola e na comunidade em geral, envolvendo inclusive as famílias, a fim de fortalecer a importância das redes sociais bem como os aspectos negativos destas. Vídeos, textos, exposição de idéias em forma de palestras, debates em sala, foram sugestões apresentadas.

Referência

CONTINI, Maria de Lourdes Jeffery; KOLLER, Sílvia Helena; BARROS, Monalisa Nascimento dos Santos. **Adolescência e Psicologia – Conceções, práticas e reflexões críticas**. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Psicologia, 2002.

LANE, Sílvia. **O que é psicologia social?** São Paulo: Ed. Brasiliense, 1981.

PEREIRA, Antonio Carlos Amador. **O adolescente em desenvolvimento**. São Paulo, Harbra, 2005.

MARTELETO, Regina Maria. Análise de redes sociais: aplicação nos estudos de transferência informação. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 20, n. 1, p.71-81, abr. 2001.

MOSCOVICI, Serge. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. PEREIRA, Antonio Carlos Amador. **O adolescente em desenvolvimento**. São Paulo, Harbra, 2005.

SEKULER; Blake. **Introdução à percepção**. Rio de Janeiro: Macgraw Hill, 1994.

Agradecimentos

Às professoras Ana Maria Fontenelle Catrib e Patrícia Passos Sampaio pelas orientações e conhecimentos compartilhados ao longo da pesquisa. À escola pela disponibilidade e abertura para receber os pesquisadores, contribuindo assim para a realização deste estudo.

PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA SOBRE A PRÁTICA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Roberta Peixoto Vieira¹ – Universidade Regional do Cariri (URCA)/ Faculdade Vale do Salgado(FVS). Mestranda do Curso Mestrado Profissional Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará (UECE). E-mail: roberta.peixotovieira@gmail.com

Cícero Ricarte Beserra Júnior² – Universidade Regional do Cariri (URCA)

Maria Veraci Oliveira Queiroz ³ – Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Palavras-chave: Enfermagem. Atenção primária à saúde. Educação em saúde.

Resumo

A Estratégia Saúde da Família (ESF) utiliza a Educação em Saúde como ferramenta para condução à promoção da saúde. Nesse cenário, o presente estudo objetivou conhecer a percepção de enfermeiros da ESF acerca da Educação em Saúde. Trata-se de um estudo descritivo, na abordagem qualitativa, realizado no município de Iguatu-Ceará-Brasil, com nove enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada aplicada de janeiro a fevereiro de 2013. A organização e análise dos dados se deu mediante a utilização do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e diálogo com a literatura acerca da temática. Do processo analítico emergiram discursos com as seguintes ideias centrais: Educação em saúde é um processo de transmissão de conhecimentos; A educação em saúde propicia a prevenção de doenças, promoção e a reabilitação da saúde; A educação em saúde liberta o indivíduo para a escolha de novos hábitos de vida. Ao se explorar as percepções dos enfermeiros acerca da Educação em Saúde foram apreendidos ~~construídos~~ três discursos que expressam concepções desde as mais restritas, como um processo de transmissão de

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

informações até conceitos mais amplos que conduzem à promoção da saúde. Nesse cenário, torna-se essencial o incentivo à educação permanente dos enfermeiros e demais membros da equipe de saúde da família, para o exercício desta prática tendo em vista a promoção da saúde e empoderamento dos usuários da ESF.

Introdução

A promoção da saúde, um dos focos primordiais da Estratégia Saúde da Família (ESF), configura-se como o processo participativo de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer, excluindo ou minimizando a ocorrência de morbidades e melhorando a qualidade de vida. Nesse contexto, a ESF ao priorizar as ações de prevenção de agravos e promoção, utiliza-se da Educação em Saúde como ferramenta para efetivação das referidas ações. Em meio às diferentes definições de Educação em Saúde, esta pode ser entendida como um processo que utiliza a comunicação buscando conferir às pessoas conhecimentos e habilidades para que estas possam fazer escolhas sobre sua saúde, despertando nelas a consciência crítica, reconhecendo os fatores que influenciam a sua saúde e encorajando-as a fazer algo para mudar o *status quo*, com base na interação respeitosa da cultura popular (MACHADO, 2007).

A Educação em Saúde praticada na Estratégia Saúde da Família fundamenta-se na troca de informações e experiências entre as equipes de saúde e a comunidade (OLIVEIRA *et al*, 2009). Esse processo de troca de experiências, por meio do incentivo ao autocuidado, pode capacitar as pessoas e a comunidade a um processo de mudanças de atitudes e comportamento (MACHADO *et al*, 2007).

Nessa oportunidade, tem-se então a Educação em Saúde como instrumento utilizado pelos Enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) para a dispensação de cuidados a população. Sendo esta, uma área de atuação na qual os profissionais exploram a criatividade e a capacidade de improvisação (TREZZA, 2007).

A partir do entendimento que o enfermeiro tem ação direta na Educação em Saúde é relevante investigar o pensamento do enfermeiro sobre esta temática e seu envolvimento nas ações educativas destinadas ao indivíduo ou coletividade na Estratégia Saúde da Família. Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo conhecer a percepção de enfermeiros da ESF acerca da prática de Educação em Saúde.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado no município de Iguatu- Ceará- Brasil, com nove enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana. Os critérios de inclusão dos sujeitos foram: estar em pleno exercício da profissão durante o período de coleta de dados; ser encontrado na unidade e no período de coleta dos dados, para isto definimos na pesquisa a ida três vezes a cada unidade. A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada aplicada no período de janeiro e fevereiro de 2013. A organização e análise dos dados se deu mediante a utilização do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), proposto por Lefrève e Lefrève (2005) e fase de discussão foi ancorada na literatura acerca da temática.

Durante a realização da pesquisa foi respeitado o que consta na Resolução nº 466/ 2012, do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, que dispõe sobre as condutas éticas nas pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Para tanto esse projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri - URCA, sob o parecer 236.916/ 2013 e cumpriu os preceitos legais expostos na referida Resolução.

Resultados e Discussão

Ao se explorar as percepções dos enfermeiros acerca da Educação em Saúde foram construídos três discursos que expressam concepções desde as mais restritas, como um processo de transmissão de informações (DSC 1), acompanhados de intenções sobre a compreensão dos aspectos interrelacionados chegando a percepções mais amplas que idealizam a promoção da saúde.

Ideia central 1: Educação em saúde é um processo de transmissão de conhecimentos

DSC 1: *É proporcionar a comunidade orientações, acompanhamento e informações continuadas ou tipos de prevenção da saúde, tratamento (adesão) e compreensão da organização das unidades de saúde.*

Este discurso, centra na ideia de transmissão de informações , mas implicitamente traz a importância da reflexão sobre a organização do serviço, que a depender do envolvimento dos sujeitos podem trazer diferenças na luta pelas mudanças, um objetivo da educação. Vale ressaltar que muitas vezes, as ações educativas são baseadas na transmissão de informações, o que continua conduzindo ao modelo assistencial voltado para a doença (LEITE; PRADO; PERES, 2010). Essa concepção representa um fator negativo visto que não possibilita a ampliação do alcance das ações de saúde.

Os discursos coletivos seguintes, apontam para a ideia que a Educação em Saúde é uma ferramenta bastante utilizada para que o tripé da Estratégia Saúde da Família, os quais são representados pela: promoção, proteção e reabilitação da saúde, a qual pode gerar uma formação crítica do indivíduo. Esses discursos são amparados pelo estudo de Buss (2000), onde aponta a Educação em Saúde, como ferramenta que busca trabalhar pedagogicamente os grupos envolvidos no processo, fomentando formas de aprendizado e participação popular, incentivando, dessa maneira, o crescimento e a capacidade de análise crítica dos sujeitos envolvidos. Conferindo uma promoção, uma proteção e uma reabilitação da saúde, cada vez mais eficaz.

Ideia central 2: A educação em saúde propicia a prevenção de agravos, promoção e reabilitação da saúde.

DSC 2: *A educação em saúde constitui-se em um conjunto de saberes e práticas orientadas para a prevenção de agravos e promoção da saúde da comunidade assistida. Nós enfermeiros sabemos que a educação em saúde pode ser definida como ação básica de saúde que se baseia na reflexão crítica dos grupos desenvolvidos na ESF, afim de conscientizar sobre as causas dos problemas que surgem, e desenvolver soluções. É também uma ferramenta que lançamos mãos, para que os indivíduos de nossa comunidade consigam entender conceitos e instruções para o fortalecimento do autocuidado.*

Ideia central 3: A educação em saúde liberta o indivíduo para a escolha de novos hábitos de vida

DSC 3: *A ação de cuidar em saúde que trata o indivíduo, o paciente, em seu todo. Buscando entender a informação pré-existente, procedente a instigar, abrir uma gama de opções que interferirão positivamente na condição de vida do indivíduo. Ela atua como uma*

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

ferramenta para capacitar o indivíduo ao autocuidado, para que ele faça suas escolhas de forma consciente acerca do seu estado de saúde, de como isso interfere no trabalho, relações interpessoais.

Nota-se que as percepções dos enfermeiros culminam em orientações que visam atingir os objetivos dos desdobramentos e dos planejamentos situacionais, mediante as realidades distintas de cada unidade de saúde. Logo, as diversas percepções dos enfermeiros acerca da Educação em Saúde podem ser justificadas pelo fato de a educação em saúde ser a base das ações desempenhadas pelos profissionais na ESF, além de ser o principal meio que desenvolve ações de prevenção de agravos e, promoção da saúde da população (ROECKER;MARCON, 2011).

Sabe-se que a educação em saúde é um vasto campo para atuação da enfermagem. O enfermeiro é um educador nato, cabe a ele desenvolver e aplicar modelos e métodos educacionais que reforcem essa característica e melhorem a vida da comunidade em que atua. A educação assume diversos significados de acordo com o contexto em que está inserida. Pois a educação é uma ação sociocultural, que ao longo da humanidade fora tendo várias facetas que, por sua vez, propiciaram muitas formas de ações e respostas a essas ações. Mesmo, existindo enfermeiros que tenham o processo educativo em saúde, como algo enfadonho e restrito apenas a uma de suas modalidades desenvolvida que é a Palestra. Coloca-se que não há um leque mais vasto que a Educação em Saúde, para transmitir conhecimentos e construir peça-a-peça uma visão que seja conferidora de geração de novos métodos, metodologias e contexto cotidianamente aplicável (SUDAN, 2008).

Conclusão

A educação em saúde faz parte do cotidiano das práticas de cuidado do enfermeiro na Estratégia Saúde, portanto entender o que os mesmos percebem acerca dessa temática pode interferir na condução de tais ações. Por meio do estudo, pode-se observar que os conceitos aplicados a educação em saúde são variados, partindo de definições mais restritas a mais abrangente a envolver variadas ações. Nesse cenário, torna-se essencial discutir as ações em si e suas finalidades, bem como o incentivo à educação permanente dos enfermeiros e demais membros da equipe de saúde da família, tendo em vista a promoção da saúde e empoderamento dos usuários da ESF.

Referências

BRASIL.Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 5, n. 1, p.163-77, 2000.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. **O discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos) Caxias do Sul: EDUSC, 2005.

LEITE, M.M.J.; PRADO, C.; PERES, H.H.C. **Educação em saúde**: desafios para uma prática inovadora. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2010.

MACHADO, M. F. A. S. **Compreensão das mudanças comportamentais dos usuários no PSF por meio da participação habilitadora**. 2007. 216 f. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Ceará-UFC. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2007.

MACHADO, M. F. A. S. *et al*. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde coletiva**. v.12, n.2, p. 335-342, 2007.

OLIVEIRA, C. B; BESERRA, A. H; GUILUIS, B. D; KARDEC, D. P. As ações de educação em saúde para crianças e adolescentes nas unidades básicas da região de Maruípe no município de Vitória. **Ciênc. saúde coletiva**. v.14, n.2, p. 635-644, 2009.

ROECKER, S; MARCON, S. S. Educação em saúde na estratégia saúde da família: o significado e a práxis dos enfermeiros. **Rev Esc Anna Nery (impr.)**, v.15, n. 4, p. 701-709, Out/Dez, 2011.

SUDAN, L. C. P; CORRÊA, A. K. Práticas educativas de trabalhadores de saúde: vivência de graduandos de enfermagem. **Rev Bras Enferm**. v.61, n. 5, p. 576-582, 2008.

TREZZA, M. C. S. F; S, R. M; S, J. M. Trabalhando educação popular em saúde com a arte construída no cotidiano da enfermagem: um relato de experiência. **Texto contexto enferm**. v. 16, n. 2, p. 326-34, 2007.

Agradecimentos

Aos enfermeiros do município de Iguatu – CE pela participação na pesquisa.

PERCEPÇÃO DE MULHERES SOBRE A RELAÇÃO ENTRE A PRÁTICA FÍSICA E PARÂMETROS RELACIONADOS AO CICLO MENSTRUAL

Lucas Lima Vieira – Universidade Estadual do Ceará; email: l.limavieira@yahoo.com.br

Rafaela de Lima Gomes Soares – Universidade Estadual do Ceará

André Roque Lemos Acioly Guedes – Universidade Estadual do Ceará

Charlyane Albuquerque dos Santos – Universidade Estadual do Ceará

Vânia Marilande Ceccatto – Universidade Estadual do Ceará

Paula Matias Soares – Universidade Estadual do Ceará.

Palavras-chave: Atividade Física. Ciclo Menstrual. Percepção.

Resumo

O público feminino sente-se incomodado com os dias que antecedem a menstruação, devido aos diversos sintomas que surgem nesse período, como: indisposição, desconforto, cólicas abdominais, dores nos membros inferiores, displasia mamária, estresse, entre outros. Estudos relatam melhoras desses sintomas com a prática física constante. Assim, a presente pesquisa foi realizada com o intuito de avaliar a percepção feminina frente a alterações nos sintomas relacionados ao período menstrual com a prática de atividade física. Para isso, foi utilizada uma amostra de 30 mulheres, onde as mesmas responderam a um questionário de 27 questões contendo perguntas objetivas e subjetivas. Os dados foram analisados a partir de estatística descritiva (frequência simples). Os sintomas mais apontados foram: dor, desconforto abdominal e inchaço nas mamas, mudança constante de humor, irritabilidade, aumento de peso, dor de cabeça, tensão nervosa e choro sem motivo aparente. Observou-se que a maioria (66%) das respondentes afirmou não conseguir associar a

redução dos sintomas com a prática de atividade física. Porém, as poucas mulheres que fizeram referência a uma percepção dessa relação, referenciaram que os sintomas mais amenizados foram a tensão nervosa (43,33%), a irritabilidade (36,67%), seguidos da fadiga (30%) e da depressão (30%). Conclui-se que, na maioria dos casos, as mulheres afirmaram não perceber mudanças significativas nos sintomas relacionados ao ciclo menstrual com a prática de atividades físicas.

Introdução

A Síndrome Pré-Menstrual (SPM), antigamente chamada de tensão pré-menstrual, é considerada um conjunto de distúrbios caracterizados por manifestações comportamentais, afetivas, somáticas e cognitivas. Em alguns casos, a paciente tende a ter maiores conflitos familiares, menor ênfase aos valores, objetivos intelectuais e recreativos, além de perda de autonomia e inovação no trabalho (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2006).

Estima-se que aproximadamente 80% das mulheres em fase reprodutiva apresentam os sintomas previamente citados (SILVA *et al.*, 2006), sendo que apenas 3 a 5% deles são considerados graves, impedindo a rotina ou o trabalho. Em geral, o início da SPM ocorre em média aos 26 anos de idade com a tendência de piorar com o tempo. As mulheres que mais apresentam este problema são aquelas que tiveram depressão pós-parto, as que sofrem de algum problema depressivo ou possuem algum parente com problemas de humor (WHO, 2012).

Na SPM ocorre um desequilíbrio de hormônios como o estrogênio e progesterona, excesso de prolactina, atividade inapropriada de prostaglandina e alterações na ação das endorfinas e serotonina, além da deficiência de vitaminas B6 e E (YONKERS; O'BRIEN; ERIKSSON, 2008).

Essa síndrome apresenta tanto sintomas emocionais (irritabilidade, tensão, humor deprimido, humor lábil, perda de memória, dificuldade de concentração e raiva), como físicos (desconforto abdominal, mastalgia, cefaléia, fadiga, aumento do apetite, acne, hipersensibilidade aos estímulos, calor excessivo, palpitações e tonturas) (MORTOLA, 1993).

Sabe-se, que a prática de atividade física apresenta diversos benefícios e que em relação às mulheres, pode melhorar o convívio com os sintomas do período pré-menstrual (DAVID *et al.*, 2009).

Como não foi encontrado um tratamento definitivo para a SPM e levando em consideração a gravidade dos sintomas, este estudo foi realizado com o intuito de identificar a relação existente entre a prática de atividade física e a melhora de sintomas da SPM na percepção feminina.

Metodologia

O estudo foi caracterizado como descritivo, de campo e de abordagem quantitativa. O local de estudo foi a Academia C4 Fitness, em Fortaleza-Ceará. A amostra foi constituída de 30 mulheres adultas com idade entre 18 e 40 anos de idade, que praticavam atividade física há no mínimo três meses.

A técnica de amostragem utilizada foi a não probabilística do tipo conveniência, ou seja, a probabilidade de um indivíduo pertencer à amostra não é igual à dos restantes elementos, tendo sido selecionados pela sua conveniência, por voluntariado (MAROCO, 2003).

Como critério de inclusão foram observadas mulheres entre 18 anos e 40 anos que não faziam uso de anticoncepcional, que não estivessem na menopausa e que tinham um tempo mínimo de três meses na prática regular de atividade física. Todas as participantes desta pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídas da pesquisa mulheres com idade inferior a 18 anos e acima de 40 anos, que usem anticoncepcional, que estejam na menopausa, que não realizem atividade física por, no mínimo, três meses.

O principal instrumento de coleta de dados utilizado foi o questionário composto por perguntas que identificassem o nível sócio-demográfico e informações sobre ciclo menstrual, sintomas de SMP e sua relação com parâmetros de atividade física, como frequência, duração e intensidade da prática.

A análise quantitativa foi realizada através da descrição estatística dos dados obtidos através das perguntas objetivas através de distribuição percentual simples. Ressalta-se que a presente pesquisa seguiu as normas e diretrizes da Resolução nº 466 de 2012, a qual garante, entre outros termos, o respeito e ética nas pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados e Discussão

A média etária das mulheres pesquisadas foi de 29,6 anos. Dentre as respondentes, constata-se que a maioria possui baixa escolaridade, haja vista que 30% possuem somente o ensino fundamental incompleto, 20% o ensino fundamental completo, bem como outros 20% apresentam o ensino médio incompleto, 23% o segundo grau completo e 7% algum curso superior completo.

Das entrevistadas, 7% afirmaram ter um ciclo menstrual de menos de 21 dias, bem como 20% possuem ciclo de 22 a 26 dias. Outras 43% apresentam ciclo de 27 a 32 dias e 10% possuem ciclos irregulares. Constatou-se que um ciclo menstrual convencional tem duração de 28 a 32 dias (LUTTER; JAFFEE, 1994; GIORDANO, 1992; GUIMARÃES; ROTSTEIN, 1994).

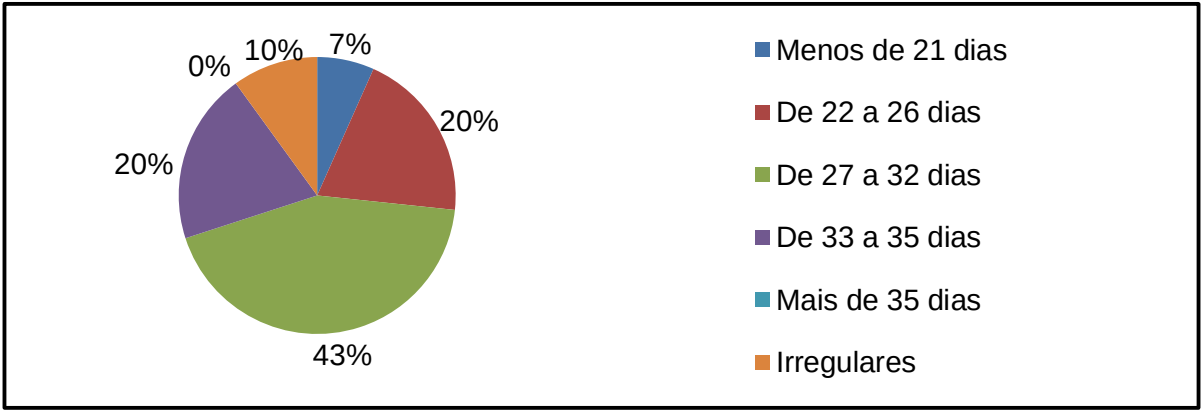


Gráfico 1 – Distribuição percentual dos dias do ciclo menstrual das mulheres pesquisadas

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Destaca-se que 70% das mulheres afirmaram sentir alguma Dentre os sintomas mais apontados pelas participantes mamas, seguido de dor e desconforto abdominal, aumento humor, tensão nervosa, fadiga e choro sem motivo.

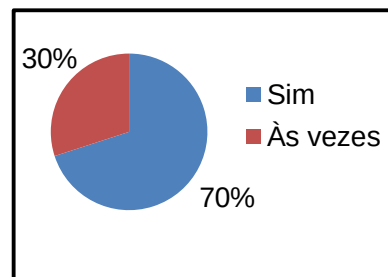


Gráfico 2 – Percentagem das mulheres que sentem alterações durante o período pré-menstrual

alteração no período anterior à menstruação. encontram-se: dor, desconforto e inchaço das de peso, irritabilidade, mudança constante de

Muramatsu et al. (2001) mostraram que os principais sintomas mencionados pela amostra populacional foram mamas inchadas e doloridas, cólicas, dor de cabeça, sensação de peso no abdômen, falta de energia, cansaço e fraqueza, bem como desejo por chocolates, aumento do corrimento vaginal e sensação de ganho de peso, enquanto que o estudo realizado por Ribas, Santos e Delai (2011), com 25 mulheres de Curitiba que praticam exercício físico regularmente, constatou-se que os cinco principais sintomas sentidos são mastalgia, irritabilidade, cefaleia, cansaço e desconforto abdominal, aumento de peso, aumento de peso e avidez por alimentos específicos.

Das participantes desta pesquisa, 63,33% não mostrou significativas melhoras em termos de disposição/energia para realização das atividades que faz.

Em relação à atividade física, verificou-se que dentre as 30 mulheres, a maioria delas (70%) pratica mais do que uma modalidade de atividade física, sendo que todas elas praticam a ergometria, exercício este também mencionado como aquele realizado com maior intensidade.

De acordo com as respostas apresentadas, observa-se que na maioria dos casos (66%), as respondentes afirmaram que não tiveram mudanças nos sintomas da SPM mesmo com a prática de atividades físicas após três meses consecutivos. De outro modo, houve melhorias na percepção dos sintomas da síndrome por uma minoria, de forma que mencionaram redução na tensão nervosa (43,33%), e a irritabilidade (36,67%), seguidos da fadiga (30%) e da depressão (30%), fatores estes diretamente relacionados à liberação de serotonina (LIEBERMAN,1985).

Com relação à frequência, duração e intensidade, percebe-se que a duração apresenta uma melhor relação com a melhoria dos sintomas, pois quando a mesma é aumentada, 50% da amostra diz que os sintomas melhoram e quando a duração é reduzida, 40% da amostra diz que os sintomas pioram.

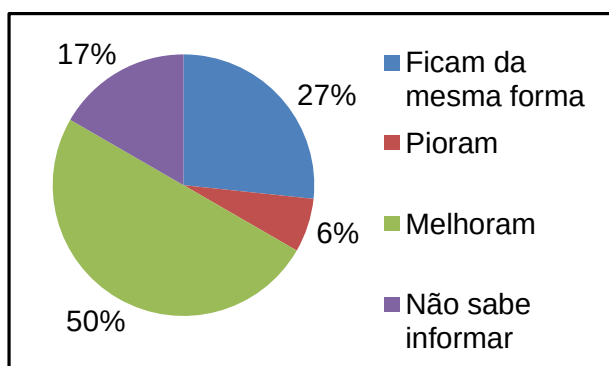


Gráfico 3 - Percentagem dos acontecimentos com as mudanças quando as mulheres aumentam a duração da sessão da atividade física

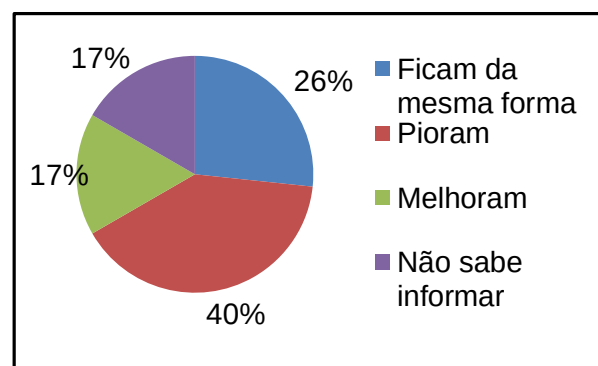


Gráfico 4 - Percentagem dos acontecimentos com as mudanças quando as mulheres diminuem a duração da sessão da atividade física

Já em relação à frequência, conforme expõe o gráfico 5, observa-se que 27% das mulheres afirmam que os sintomas continuam da mesma forma mesmo quando aumentam a frequência de suas atividades físicas, 7% disseram que pioram, 33% acreditam que eles melhoram, enquanto outros 33% acreditam não saber informar.

As informações apresentadas no gráfico 6 destacam que 50% das mulheres afirmam que os sintomas continuam da mesma forma, enquanto 27% dizem que pioram e 23% não souberam informar. Todavia, nenhuma das respondentes mencionou sentir qualquer melhora com a diminuição da frequência de realização da atividade física.

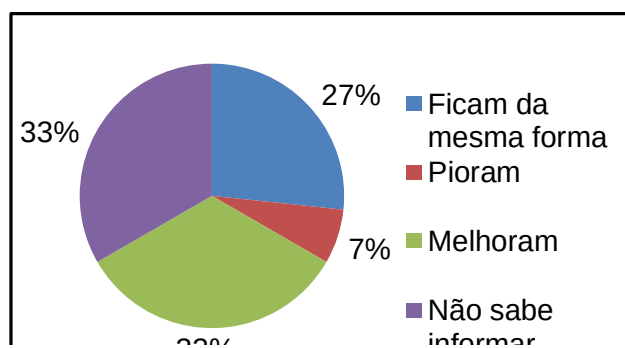


Gráfico 5 – Percentagem das mudanças ocorridas quando as mulheres aumentam a frequência da atividade física.

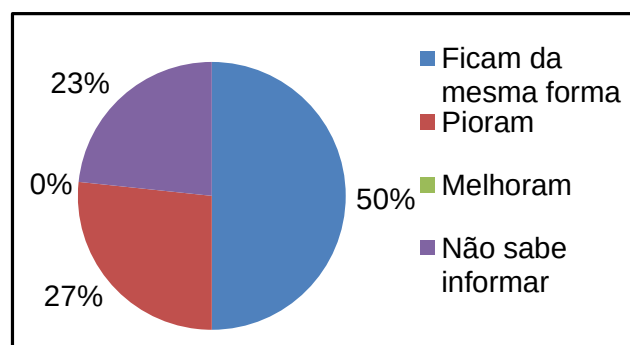
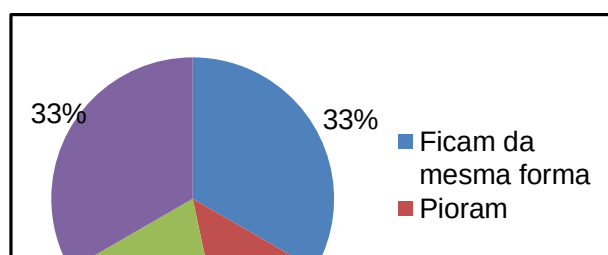
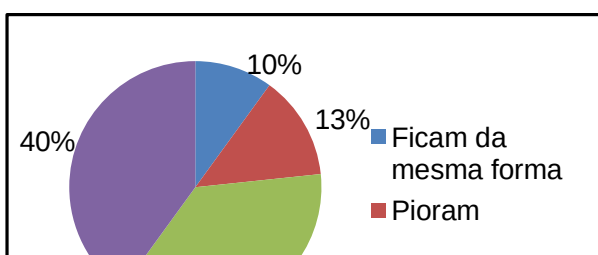


Gráfico 6 – Percentagem das mudanças ocorridas quando as mulheres diminuem a frequência da atividade física.

As respondentes também foram perguntadas sobre o que acontece com estas mudanças quando aumentam a intensidade de sua atividade física. Na opinião de 10% das mulheres, mesmo quando aumentam a intensidade de sua atividade física, os sintomas da SPM continuam, assim como 13% acham que os sintomas pioram. De outra forma, 37% mencionaram que eles melhoram e 40% não souberam informar.

Na percepção de 33% das mulheres, as mudanças ficam da mesma forma, mesmo quando diminuem a intensidade de sua atividade física, enquanto 20% acreditam que melhorou, assim como 33% não souberam informar. Por outro lado, 14% disseram que piorou.



V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Gráfico 7 - Percentagem das mudanças ocorridas quando as mulheres aumentam a intensidade da atividade física.

Gráfico 8 - Percentagem dos acontecimentos com as mudanças quando as mulheres diminuem a intensidade da atividade física.

Conclusão

Em relação aos sintomas da SPM e a prática sistemática de atividade física nas mulheres pesquisadas, verificou-se que muitas respondentes afirmaram não conseguir associar a realização das atividades e alteração em seus parâmetros (duração, frequência e intensidade) com a redução dos sintomas ou desconfortos sentidos no período da TPM, apesar de relatarem uma diminuição dos sintomas principalmente quando os exercícios são feitos com maior duração, resposta esta não identificada na alteração da intensidade e frequência de prática semanal. Os sintomas que mais diminuíram com prática sistemática de atividade física (de acordo com uma minoria) foram principalmente os que se referem à tensão nervosa e irritabilidade. Ainda se sugere mais pesquisas que comparem a presença de sintomas entre mulheres que realizam atividades físicas frequentes e outras sedentárias.

Referências

- BRASIL. CRITÉRIO PADRÃO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA DO BRASIL/ 1997. ABA, ANEP, ABIPEME, 2000. Disponível em: <<http://www.anep.org.br>>. Acesso em: 19 jul. 2014
- DAVID, A. M.; DI, B.; ZSUZSANA, J.; BERENSTEIN, E.; LOPES, A. C.; VAISBERG, M. **Rev Bras Med Esporte**, Niterói, v. 15, n. 5, p. 330-333, out. 2009 .
- GIORDANO, M.G. Ciclo Menstrual, **Femina**, v. 20, n. 6, p. 481-488, jun. 1992.
- GUIMARÃES, I.; ROTSTEIN, S. (1994). Fisiopatologia do ciclo menstrual. **Femina**, v. 22, n. 2, p. 99-109, 1994.
- KAROUT, N.; HAWAI, S. M.; ALTUWAIJRI, S. Prevalence and pattern of menstrual disorders among Lebanese nursing students. **East Mediterr Health J.**, v. 18, n. 4, 2012.
- LIEBERMAN, H.R.; CORKIN, S.; SPRING, B.J.; WURTMAN, R.J.; GROWDON, J.H. The effects of dietary neurotransmitter precursors on human behavior. **Am J Clin Nutr**, v.42, n.2, p.366-70, 1985.
- LUTTER, J.; JAFFEE, L. **The Bodywise Woman**. Champaign: Human Kinetics, 1996.
- MAROCO, J. (2003). Análise estatística com utilização do SPSS (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo
- MORTOLA, J. F. Premenstrual syndrome. **Trends in Endocrinology & Metabolism**, v. 7, n. 5, p. 184-189, 1996.
- MURAMATSU, C.H. **Convivendo com a síndrome da tensão pré-menstrual: um enfoque da fenomenologia existencial**. São Paulo, 2001. 154p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, 2001.
- RIBAS, E. S.; SANTOS, M. G.; DELAI, A. M. S. Os sintomas característicos da síndrome pré-menstrual e a percepção de impacto na prática de exercícios físicos. **EFDeportes**, v. 16, n. 162, nov., 2011.
- RODRIGUES, I.C.; OLIVEIRA, E. Prevalência e convivência de mulheres com síndrome pré-menstrual. **Arq Ciênc Saúde**, São Paulo, p.01-07, jul./dez., 2006.
- SILVA, C. M. L.; GIGANTE, D. P.; CARRET, M. L. V.; FASSA, A. G. Estudo populacional de síndrome pré-menstrual. **Rev. Saúde Públ.**, v. 40, p.47-56, 2006.
- YONKERS, K.; O'BRIEN, P. M.; ERIKSSON, E. Premenstrual syndrome. **The Lancet**, v. 371, n. 9619, p. 1200-1210, 2008.

Agradecimentos

Nós agradecemos a CAPES, CNPq, FUNCAP e PROVIC/UECE pelo apoio financeiro para a realização desse trabalho.

PERCEPÇÃO DE PUÉRPERAS ADOLESCENTES SOBRE A PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO

Bruna da Conceição Lima (Apresentadora) – Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA), brunalima_21@hotmail.com

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

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

Francisco Edivaldo do Nascimento – Universidade Potiguar (UnP)

Natércia Bezerra Frota – Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA)

Eliane Mara de Siqueira Bastos (Orientadora) – Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA)

Palavras-chave: Puerpério. Aleitamento Materno. Percepção. Adolescentes.

Resumo

O Aleitamento Materno representa a melhor estratégia alimentar à criança. Devendo ser estimulada e sempre praticada. Assim sendo o presente estudo objetivou analisar a produção científica de artigos na enfermagem no relativo à percepção de puérperas adolescente sobre o aleitamento materno. Realizou-se um levantamento na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), durante o mês de outubro de 2012. Foram selecionados seis artigos e destes emergiram três categorias: adolescência e o puerpério, adolescência e a percepção sobre o aleitamento materno e a participação da enfermagem no processo de amamentação. Reafirmou-se a importância da assistência de enfermagem com vista à compreensão das relações fisiológicas, emocionais e socioculturais que devem ser respeitadas na individualidade e integralidade de cada puérpera para desenvolver o aleitamento materno. Observou-se também a carência de conhecimento por parte das mães sobre a importância nutricional e os benefícios para a criança com a prática do aleitamento materno. Concluiu-se que a baixa escolaridade e a baixa condição sócio econômica dificulta no que diz respeito a qualidade da prática do aleitamento materno exclusivo. Portanto é importante destacar que os profissionais de saúde tem a responsabilidade de compartilhar informações às puérperas para melhor desenvolvimento no processo de amamentação, enfatizando os valores que acarreta o leite materno para a saúde da mãe e da criança.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Introdução

A adolescência é um período do desenvolvimento humano que implica em uma etapa de mudanças corporais e emocionais, considerado, por alguns, como momento de crise ou de conflito. Deve ser considerada não apenas como simples adequação às transformações corporais, mas como relevante período no ciclo existencial da pessoa, da qual se exige uma tomada de posição social, familiar, sexual e diante os membros do grupo a que pertence (MOTTA, 2001).

Pelos números significativos de gravidezes na adolescência, esse assunto tem merecido uma atenção especial. Nas vivências da gravidez precoce, a adolescente confronta-se com as alterações corporais que afetam sua autoimagem e autoconfiança. Este estado é afrontado pela insegurança no cuidado com a criança, decorrente de sua inexperiência e imaturidade (PERCEGONI et al, 2002).

É responsabilidade do enfermeiro e doutros profissionais de saúde que acolhem as mulheres no pré-natal, prepará-las psicologicamente para o início da amamentação, discutindo com a puérpera como cuidar de si e do seu recém-nascido, instigando a competência e a confiança da mãe que amamenta, reforçando a preciosa contribuição que ela esta dando á saúde e o bem-estar de seu filho (LOWDERMILK, 2002).

A lactação é um desempenho fisiológico único e essencial dos mamíferos. Amamentar o bebê, logo nos primeiros momentos após o nascimento, provoca a liberação de mecônio, enfraquecendo o risco de icterícia e resguardando contra constipação. O leite materno promove o desenvolvimento do intestino da criança de microrganismos que fermentam a lactose tornando as fezes mais frequentes e menos consistentes, principalmente, nas duas primeiras semanas de vida. Esses microrganismos previnem que outras bactérias se abriguem e causem diarreia. (Akré et al,1994)

O aleitamento materno é o modo mais natural e seguro de alimentação para a criança pequena, devendo ser exclusivo até os 6 meses. A partir dessa idade, deve haver complemento com outros alimentos, mas o aleitamento ao peito pode ser mantido naturalmente até dois anos ou mais. O leite humano harmoniza uma combinação única de proteínas, lipídios, carboidratos, minerais, vitaminas, enzimas e células vivas, assim como melhoramentos nutricionais, imunológicos, psicológicos e econômicos conhecidos e indiscutíveis. Além de todos os benéficos já citados sobre o processo de amamentação, vale ressaltar que o ato promove um laço afetivo entre mãe e filho, proporcionando o conhecimento de ambos.

Neste sentido o conhecimento da mãe sobre o aspecto nutricional é um dos fatores que interfere nas decisões de amamentação, desmame e alimentação infantil (PERCEGONI et al, 2002). Independente de ser adolescente ou não, as puérperas necessitam de informações e apoio a fim de compreender a importância da amamentação e desenvolver habilidade para o ato.

Assim sendo, o objetivo do presente estudo foi estudar para analisar a produção científica de artigos na área da saúde no que diz respeito a percepção de puérperas adolescentes sobre a prática do aleitamento materno.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo através de uma revisão integrativa. O estudo foi desenvolvido a partir da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e outros bancos de dados online como LILACS, IBECs, MEDLINE, Biblioteca Cochran, SciELO, entre outras.

Foi realizada uma busca eletrônica no mês de Outubro de 2012 na base de dados da BVS. A nomeação dos descritores utilizados segue terminologias sugeridas pelos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS, 2012), sendo eles: “puérperas”, “adolescente” e “amamentação”. Para esta revisão foram utilizados os seguintes critérios de inclusão, artigos completos e publicados em português, nos anos de 1994 até dezembro de 2011, disponíveis na base de dados, cujos textos completos tinham disponibilidade pública e publicados por profissionais da saúde e que o assunto principal seja amamentação por puérperas adolescente. Ficaram excluídos, artigos nos quais não tinha texto completo, artigos repetidos e amostra não adequada.

Foram encontradas dezoito publicações, depois de selecionadas através dos critérios de inclusão, destas restaram 8, das que se encaixavam no tema a ser estudado ficaram apenas 6. Os 6 artigos foram lidos e analisados minuciosamente. Em seguida, foram identificados temas principais mediante a leitura de cada artigo para agrupamento dos principais resultados encontrados, os quais são apresentados nesta revisão bibliográfica.

Resultados e Discussão

O conhecimento sobre os benefícios nutricionais e imunológicos do leite materno para o desenvolvimento físico, mental e emocional dos recém-nascidos, além das vantagens é um fator influente na decisão de amamentar (PRIMO, 2003). Em todas as publicações estudadas foi encontrada uma prevalência elevada em relação ao aleitamento materno, 96% indicavam que a amamentação exclusiva devia prevalecer ate aos seis meses de vida da criança, no entanto esta resposta não garante a condução da pratica adequada, muitas desmamavam antes deste prazo.

Devido ao baixo nível educacional e social, verificou-se aspectos sobre a pratica da amamentação, revelando uma redução gradativa do aleitamento materno exclusivo em puérperas dessa classe. Muitas relatam ofertar outros alimentos ao bebê, por acharem que o leite materno não oferece a nutrição necessária, referindo ser insuficiente e fraco.

Com a falta de conhecimento e os conceitos inadequados sobre a prática da amamentação varias ações foram recomendadas pela (OMS, 2001), dentre as principais e, parcialmente, implantadas no Brasil no início da década de 1980, compreendem-se a adesão sequencial durante o pré-natal e instauração de grupos de gestantes; alojamento conjunto, orientação e incentivo à amamentação nas maternidades; controle sequencial do lactente; exposição na comunidade das vantagens do leite materno; treinamento de pessoas para operarem junto às mães; reformulação dos conceitos ensinados nos cursos de profissionalização; controle estatal das formas de propaganda da indústria alimentícia; construção de creches e respeito às leis de proteção a nutriz (MULLER, 2003).

Amamentar provoca um intercâmbio complexo entre duas pessoas, a qual abrange muitos fatores. Interfere no estado nutricional da criança, em sua defesa contra infecções e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional e envolve também fatores relacionado a saúde física e psíquica da mãe (GIUGLIANI, 2004).

Com relação às dificuldades enfrentadas, muitas das puérperas avaliada nas publicações percebem a amamentação como extensão da gravidez, misturando sentimentos, momentos e sensações boas e ruins. Durante o período da amamentação muitas sofrem com a falta de incentivo da família e do companheiro, outras, principalmente as adolescentes referem a amamentação como um período de desconforto físico e muito demorado. Poucas foram as puérperas que reclamaram de fissuras mamilares e outras patologias decorrente do processo de amamentar.

Dentre as principais dificuldades no aleitamento materno: a compressão incorreta do mamilo, as fissuras e as mamas ingurgitadas. Assim, conhecer os aspectos relacionados à pratica da amamentação é fator essencial para que a mãe e a criança possam vivenciar a

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

amamentação de forma essencial e pacífica, recebendo do profissional as direções necessárias e adequadas para seu êxito (BRASIL, 2001).

Ainda que o valor do leite humano para a saúde da criança e o seu benefício econômico para os pais sejam indiscutíveis, o emprego da amamentação não ocorre de forma apropriada, contribuindo, assim, para sua suspensão realizar-se cada vez mais cedo. O desmame precoce, principalmente em população de pouca condição socioeconômica, expõe a criança a riscos de desnutrição e infecção, comprometendo seu desenvolvimento (ARAUJO et al., 2002).

O desmame é determinado como sendo a introdução de qualquer tipo de alimento na dieta de uma criança que, até então, se encontrava em amamentação exclusivo. Portanto, o período de desmame é aquele compreendido entre a iniciação de um novo alimento até a supressão definitiva do aleitamento materno (PALMA, 1998).

Boa parte das puérperas analisadas nas publicações muitas introduziam outros alimentos antes dos seis meses preconizados. Muitas justificam afirmações tais como, o choro da criança, leite materno fraco, a criança não se saciava após a amamentação. Entretanto, deve-se ressaltar que não somente a falta de informação motiva o desmame precoce, mais também os aspectos sociais presente no cotidiano da nutriz.

Para Martins (1998), a amamentação, enquanto um acontecimento vai além da preleção biológico; há questões sociais inseridas no existir de cada mãe, muitas pautadas ao sucesso desta prática. Almeida (1999) chama a atenção para a seriedade de se compatibilizar os determinantes biológicos com os condicionantes socioculturais, pois o aleitamento materno configura-se como uma categoria híbrida entre natureza e cultura.

Nas primeiras semanas após o parto, a mulher fica mais sensível e emotiva que antes. Isso eleva sua capacidade de amar seu bebê, mais em conta partida faz com que fique mais facilmente apreensiva. O aleitamento materno facilita a consagração do vínculo afetivo do binômio mãe e filho, proporcionando uma maior união entre ambos. Essa ligação muito forte e precoce pode favorecer o desenvolvimento da criança e seu relacionamento com as pessoas de seu convívio (KING, 2001).

A mulher que amamenta diminui a incidência de depressão pós-parto (BLAAUW, 1994), tem menor risco de ter câncer de ovário, endométrio e mama na menopausa (FREUDENHEIM, 1994). Exerce ainda proteção, em longo prazo, da densidade óssea da mãe, contribuindo para prevenção da osteoporose e para. De acordo com as pesquisas de Freudenheim et al., 1994, se todas as mulheres que não amamentaram ou amamentaram menos de três meses tivessem amamentado por 4 a 12 meses, o câncer de mama entre mulheres na pré-menopausa poderia ser reduzido em 11%. Se todas as mulheres amamentassem por 24 meses ou mais, essa incidência seria reduzida em quase 25%.

Conclusão

A maternidade na adolescência é um fenômeno de grande importância social, os serviços de saúde tem feito um trabalho de averiguação sobre os riscos, causas e implicações na vida e na saúde da mãe e dos filhos.

Para o bom desenvolvimento da amamentação por parte da adolescente ela deveria se empoderar de informações e obter consciência de que o leite humano é o melhor e mais rico alimento para a criança, nele contem todos os nutrientes necessários para o desenvolvimento do bebê, e além de todos os benefícios, o ato de amamentar ira proporcionar para a mãe e a criança um momento de conhecimento e desenvolvimento do laço afetivo.

Conclui-se que em todas as publicações selecionas e estudadas, a maioria das puérperas adolescentes sabia que, de alguma forma o aleitamento materno era essencial para saúde e desenvolvimento do seu bebe, mais a falta de conhecimento e a baixa condição socioeconômica impedia que a prática da amamentação fosse realizada de forma correta e exclusiva até os seis meses.

Referências

AKRÉ J. **Alimentação infantil**: bases fisiológicas. Genebra: OMS; 1994

ALMEIDA, J.A.G. **Amamentação**: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

ALVES AKL. A Importância da Amamentação. **Revista NutriWeb**. 2008.

BLAAUW R. **Risk factors for development of osteoporosis**. In A South African population SAMJ; 1994.

BRASIL, Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF): 2001.

FREUDENHEIM, J. Exposure to breast milk in infancy and the risk of breast cancer. **Epidemiology**. 5:p.324-331, 1994.

GIUGLIANI ERJ. **Aleitamento materno**: aspectos gerais. In: Duncan BB. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidência. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

KING FS. **Como ajudar as mães a amamentar**. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

LOWDERMILK DL. **O cuidado em enfermagem materna**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.

MARTINS, R.C.B. Aleitamento com êxito sob a perspectiva da nutriz. Ribeirão Preto, 1998. p.130. **Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, Universidade de São Paulo, 1998.

MOTTA, G. Variáveis de risco para a gravidez na adolescência. Campinas: Centro de Ciências da Vida, **Pontifícia Universidade Católica de Campinas**; 2001. **Dissertação**.

MÜLLER AC. **Econologia do aleitamento materno**. Pucpr Campus Curitiba, outubro, 2003.

PALMA D, NÓBREGA FJ. Alimentação da criança nos primeiros anos de vida. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 16, 1998.

PERCEGONI, Nathércia et al . Conhecimento sobre aleitamento materno de puérperas atendidas em dois hospitais de Viçosa, Minas Gerais. **Rev. Nutr., Campinas**, v. 15, n. 1, Jan. 2002 .

PRIMO CC, CAETANO, LC. A decisão de Amamentar da nutriz: percepção de sua mãe. **Pediatr** (Rio Janeiro) 2003.

PERCEPÇÃO DE UNIVERSITÁRIAS DE UMA INSTITUIÇÃO PRIVADA NO INTERIOR DO SERTÃO PARAIBANO SOBRE O HPV

Yanna Gomes de Sousa² (yanna_gomes@yahoo.com.br)

Eva Emanuela Lopes Cavalcante Feitosa² (evaemanuela@hotmail.com)

Soraya Maria de Medeiros³ (sorayamaria_ufrn@hotmail.com)

Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho¹.

Enfermeira. Docente do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte²

Enfermeira. Doutora. Docente da Universidade Federal do Rio Grande do Norte³.

Introdução: O câncer de colo do útero é a segunda neoplasia mais incidente nas mulheres, com variações entre diferentes regiões do Brasil. A infecção por HPV (papiloma vírus humano), alta paridade, multiplicidade de parceiros sexuais e promiscuidade sexual, baixo nível socioeconômico, iniciação sexual precoce e tabagismo constituem alguns fatores de risco que podem levar ao desencadeamento do câncer de colo de útero. É preciso identificar os motivos que podem interferir na decisão da mulher em realizar ou não a prevenção do câncer do colo do útero. Motivos esses que em alguns casos estão ligados a falta de conhecimento, tabus, valores culturais e sua própria sexualidade. **Objetivos:** Identificar a percepção de universitárias de uma instituição de ensino superior da cidade de Patos-PB sobre HPV e os fatores que associados a não realização do exame. **Material e métodos:** Foi aplicado um questionário, visando obter informações para averiguar o conhecimento sobre HPV, os meios de informações para aquisição do conhecimento bem como fatores associados a não realização do exame. O questionário foi aplicado nos Cursos de Licenciatura (Pedagogia, Letras e História) e nos Cursos de Saúde (Biomedicina, Enfermagem e Fisioterapia). **Resultados e Discussões:** As universitárias dos cursos de Licenciatura apresentaram conhecimento inadequado, e relataram que não realizam o exame porque sentem medo e vergonha, já as universitárias dos cursos de saúde obtiveram maior conhecimento sobre o HPV. **Conclusões:** Percebemos desconhecimento acerca do HPV o que dificulta a procura para realização do exame. As crenças, os mitos e os tabus surgem como resultados da interação entre a falta de informações e os valores culturais do indivíduo e/ou de comunidade a que pertence.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Palavras Chaves: Exame; Câncer de colo de útero; HPV; Universitárias.

Introdução

O câncer de colo de útero é o segundo tumor mais freqüente na população feminina, atrás apenas do câncer de mama, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil. Por ano, faz 4.800 vítimas fatais e apresenta 18.430 novos casos. Prova de que o país avançou na sua capacidade de realizar diagnóstico precoce é que na década de 1990, 70% dos casos diagnosticados eram da doença invasiva. Ou seja o estágio mais agressivo da doença. Atualmente 44% dos casos são de lesão precursora do câncer, chamada **in situ**. Esse tipo de lesão é localizada. Mulheres diagnosticadas precocemente, se tratadas adequadamente, têm praticamente 100% de chance de cura¹. Este tipo de neoplasia possui maior incidência nos países subdesenvolvidos já que nestes países os programas de prevenção e detecção deste câncer se mostram menos eficazes que nos países onde são implementados programas semelhantes. É de fácil detecção e pode ser evitada através do exame de Papanicolaou, sendo este exame extremamente importante para que também haja a detecção precoce. O exame citológico, colpocitologia oncótica ou Papanicolaou é um método manual realizado por profissionais que permite a identificação de células sugestivas de pré-invasão até lesões malignas, através de coloração multicrômica de lâminas contendo células cervicais esfoliadas².

O exame de prevenção do câncer cérvico uterino, além de sua importância para a saúde da mulher, é um procedimento importante de detecção precoce de lesões pré invasivas e, conseqüentemente, instrumento essencial para a diminuição da mortalidade por esta patologia³².

Alguns outros fatores de risco estão associados ao câncer de colo do útero sendo que alguns dos principais estão associados às baixas condições sócio-econômicas, ao início precoce da atividade sexual, à multiplicidade de parceiros sexuais, ao tabagismo, à higiene íntima inadequada e ao uso prolongado de contraceptivos orais³.

No Brasil, os esforços são contínuos para a adesão aos programas de controle do câncer, onde é possível fazer diagnóstico preciso, tratamentos apropriados, e obter qualquer tipo de informação que proporcione maior acuidade diagnóstica para o câncer¹.

No entanto inúmeras mulheres brasileiras morrem vitimadas pelo câncer cérvico-uterino e algumas relatam nunca ter realizado o exame citopatológico ou não realizar com freqüência e entre os motivos para a não realização está o desconhecimento da importância e vergonha de se submeter ao exame³.

Portanto o objetivo desse estudo foi investigar com um grupo de estudantes dos cursos de licenciatura e saúde de uma instituição particular no sertão paraibano a freqüência de realização do exame citopatológico bem como identificar as causas para a não realização desse exame, permitindo assim comparar o conhecimento sobre prevenção do câncer do colo de útero das alunas dos cursos de licenciatura e saúde.

Metodologia

Este estudo trata-se de uma abordagem qualiquantitativa de opinião relacionada ao grau de conhecimento e os fatores associados a não realização do exame citopatológico do colo de útero e foi desenvolvido numa Instituição privada de ensino superior do sertão paraibano no período de setembro a novembro de 2011.

A população foi formada por estudantes dos Cursos de Licenciatura em Pedagogia, Letras e História e de cursos da área de Saúde (Bacharelado em Biomedicina, Enfermagem e Fisioterapia) de uma Instituição Particular na cidade de Patos – PB, totalizando em 120 estudantes que aceitaram fazer parte da pesquisa, sendo 69 dos cursos de licenciatura e 51 dos cursos de saúde, considerando tal amostragem equivalente a 100% do total proposto.

Os critérios de inclusão foram: ter idade acima de 19 anos, ser estudante regularmente matriculada no semestre 2011.2, e terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Foram excluídas as estudantes que não se enquadraram nas condições designadas pelo trabalho.

O estudo foi realizado através de um questionário com roteiro padronizado visando obter informações para constituir informações sócio-demográficas como faixa etária, escolaridade e estado civil. Além de abordagem sobre o nível de conhecimento das estudantes entrevistadas sobre HPV, exame de prevenção e fatores associados a não realização do exame.

Após a entrevista individual e semi-estruturada aplicada através de questionários os dados foram analisados e tabulados utilizando o Microsoft Office e Excel, para construção do banco de dados e tabelas com percentual simples, para caracterização dos itens propostos. O estudo foi submetido a apreciação do Comitê de Ética das Faculdades Integradas de Patos recebendo parecer favorável para que fosse realizado.

Resultados e Discussões

Durante a construção dos resultados e métodos elaboramos um questionário sobre a tematica desenvolvida assim obtivemos os seguintes resultados: A maioria das estudantes dos cursos de saúde relatou que o conhecimento foi adquirido em livros e artigos científicos durante os estudos na faculdade. Em relação ao nível de conhecimento sobre o HPV, pudemos observar que o mesmo é muito baixo entre as estudantes de licenciatura. Sendo que os fatores que estão mais relacionados à falta de conhecimento são a má informação ou o acesso a informações imprecisas. Daí é possível fazer uma correlação direta entre a falta de conhecimento e a pouca cobertura dos exames de prevenção. É possível evidenciar em nosso universo assistencial uma carência de programas de cunho educativo e de caráter mais efetivo.

Entretanto, importa lembrar que a infecção pelo HPV ainda é uma realidade pouco discutida na sociedade por ser um agravo de saúde relativamente recente no cotidiano das mulheres ou mesmo pelo foco em outros tipos de DST, como a AIDS².

Os profissionais das Unidades Básicas de Saúde tem um papel de grande importância quando se fala de prevenção em saúde. O fato de este profissional estar em contato direto com as mulheres que procuram atendimento nas unidades básicas cria uma espécie de vínculo de confiança. Os profissionais de saúde são formadores de opinião e a criação do vínculo é a melhor forma de fortalecer o compromisso entre profissionais e mulheres atendidas e o diálogo é fundamental em todos os momentos do atendimento à mulher.

É de extrema importância estar informados sobre os motivos que fazem com que as mulheres não realizem o exame preventivo, para assim, podermos intervir aumentando a cobertura do mesmo e a adesão. Diante dessas respostas, observa-se que o medo para a realização do exame pode ser externado e vivenciado por cada mulher de forma ímpar, conforme a visão de mundo de cada uma¹.

Observa-se que a adesão feminina aos programas de prevenção não está diretamente associada à oferta dos serviços de saúde que disponibilizam tais atendimentos. Para garantir uma assistência integral e preventiva, é importante olhar o outro sem pré-julgamentos de suas atitudes e concepções, acolhendo e propondo a prevenção na perspectiva do outro por meio de orientações que não visem somente

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

o procedimento técnico. Isso porque o exame em si causa ameaça e medo, provocando reações na mulher, que muitas vezes podem não ser expressos na fala, mas ser evidentes pela fuga do exame⁶

Com relação ao medo do resultado, vários estudos afirmam que o medo da doença é um dos principais motivos que levam as mulheres que realizam o exame preventivo não retornarem para saber do resultado⁶

A vergonha também foi citada pelas estudantes e reflete a necessidade dos profissionais de saúde procurar maneiras para tentar minimizar esse sentimento de vergonha, visto que, ao sentir vergonha, a mulher pode até deixar de realizar a prevenção. Por isso, deve-se procurar demonstrar empatia e fazer com que a mulher se sinta o mais à vontade possível. Deve-se levar em consideração, também, o fato de muitas pessoas serem extremamente tímidas, independente da circunstância em que se encontram, e é claro que nesta situação a timidez tende a aumentar muito. Então, o atendimento dessas pessoas requer maior sensibilidade e compreensão²

Portanto, muitas vezes, por vergonha, preconceito e medo de realizarem os exames ginecológicos de rotina, as mulheres colocam desnecessariamente sua saúde em risco¹.

Algumas mulheres referem que o exame se caracteriza como um procedimento que leva à invasão da privacidade e da integridade corporal; outras acham, ainda, que o exame as expõe a uma experiência dolorosa, embaraçosa e desagradável⁶.

Estudo qualitativo realizado na Cidade do México e em Oaxaca, sul do país, revelou como limitantes à realização de citopatológico de colo uterino as seguintes barreiras: falta de conhecimento quanto aos fatores facilitadores (ou causadores) do câncer de colo uterino; desconhecimento quanto a existência deste tipo de exame e/ou de sua utilidade; concepção de que câncer é uma doença fatal e que, portanto, não adianta preveni-lo; dificuldade na relação medição-paciente; não é visto como um exame prioritário dentro das tantas necessidades em saúde que apresentam; oposição do companheiro/marido à realização deste tipo de exame; rejeição (ou tabu) por parte da mulher por se tratar de um exame pélvico; longo tempo de espera até a obtenção do resultado do exame; e idéia de que se trata de um exame de custo elevado.

Conclusão

Este trabalho pretendeu identificar os fatores para a não realização do exame citopatológico de colo de útero com um grupo de estudantes de uma instituição de ensino privado no sertão paraibano. A falta de um conhecimento adequado faz com que as mulheres deixem de tomar cuidados importantes com a própria saúde.

Percebemos que a maioria das estudantes dos cursos de licenciatura apresentaram conhecimento ineficiente sobre HPV e pontuaram como causas para não realização do exame citopatológico o medo, a vergonha, o constrangimento para realização do exame e algumas ainda pontuaram que não precisam de se submeter ao exame.

É preciso que os profissionais de saúde procurem maneiras para tentar minimizar esse sentimento de vergonha, visto que, ao sentir vergonha, a mulher pode até deixar de realizar a prevenção.

As mulheres precisam tomar conhecimento sobre a infecção pelo HPV, fazendo-a buscar informações acerca dessa doença e auxiliando a disseminar os modos de prevenção entre as pessoas de seu relacionamento cotidiano. Esta estratégia deve ser priorizada pelas políticas de Saúde Pública nos serviços de referência em atenção primária do país.

A partir do conhecimento desses fatores de impedimento à realização do exame preventivo, considera-se fundamental para essas mulheres a adoção de uma nova postura para prevenção de doenças. Muitas vezes, cabe ao profissional de saúde, quebrar tabus e atuar como um facilitador do acesso das mulheres ao exame de Papanicolaou, fazendo com que haja superação dos fatores de impedimento e uma melhor compreensão de seus sentimentos relacionados ao exame preventivo.

Referências

AMORIM, V.M.S.L.; BARROS M.B.A; CESAR, C.L.G; CARANDINA, L; GOLDBAUM, M. Fatores associados a não realização do exame Papanicolau: um estudo de base populacional no município de Campinas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2006.

ANDRADE, Jurandyr Moreira de; MARANA, Heitor Ricardo Cosiski. Lesões Pré-neoplásicas do Colo de útero. In **Tratado de Ginecologia** Febrasg. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.v.2.cap.152.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional do câncer**. Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil 2010. Disponível em: http://www.inca.org.br/epidemiologia/estimativa_2010. Acesso em 29 de agosto de 2011.

BRITO,C.M.S; NERY, I. S; TORRES, L. C. Sentimentos e expectativas das mulheres acerca da citologia oncocita. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 60 (4):387 -390, Brasília, Jul-Agost, 2007.

MANUAL DE PROCEDIMENTOS TÉCNICOS E ADMINISTRATIVOS. **Coleta do Papanicolaou e ensino do auto – exame da mama**. Ministério de Saúde. Instituto Nacional do Cancer e Secretaria de Estado da Saúde, 2004.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 9ed. Rio de Janeiro, Guanabara Kogan, 2001.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

PERCEPÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA: ENFOQUE NA GESTÃO

Isabella Lima Barbosa – Unifor (isabellaecampelo55@hotmail.com)

Daniella Barbosa Campos – Unifor

Anna Paula Sousa da Silva – Fanor

Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro – Unifor

Patrícia Moreira Collares – UFC

Raimunda Magalhães da Silva (Orientador) – Unifor

Palavras chave: Agente Comunitário de Saúde. Detecção precoce. Neoplasia da mama. Gestão.

Resumo

Os agentes comunitários de saúde são profissionais que atuam na prevenção e na promoção da saúde, contribuindo para que as unidades básicas tenham um vínculo maior com a comunidade, sendo estes, definidos como um elo entre a população e o serviço de saúde. Entre tantas atribuições o agente pode auxiliar na detecção precoce do câncer de mama. Porém para que isso aconteça, eles precisam ser capacitados para tal ação, participar do planejamento das intervenções, e terem algum poder no encaminhamento de casos, considerados de risco. Para isso será necessário apoio, valorização e investimento da gestão que o coordena. O presente estudo tem como objetivo investigar as características de gestão da atenção primária na detecção precoce do câncer de mama sob o olhar do agente comunitário de saúde. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, que ocorreu nas Unidades Básicas de Saúde da Família, pertencentes à Coordenação Regional em Saúde (CORE) VI. Os sujeitos da pesquisa foram 19 Agentes Comunitários de Saúde entrevistados em seis unidades de saúde selecionadas aleatoriamente, para coleta de dados foi realizada uma entrevista com ACS. No presente estudo está em evidência uma insatisfação por parte dos Agentes diante da falta de autonomia no trabalho que é desenvolvido por eles. Ficou constatado que o ACS precisa ter valorização e reconhecimento de outros profissionais, e que a gestão tem um papel

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

importante a exercer, capacitando os agentes comunitários de saúde para que estes possam ter conhecimento e atitudes frente à detecção precoce do câncer de mama.

Introdução

O câncer é uma doença sistêmica, não sendo apenas algo localizado, crescendo de maneira incomum, podendo ser visível ou não. A neoplasia só começa a existir em um organismo propício. São pessoas que por muitos anos não respeitaram as suas próprias células. Abusaram de um estilo de vida desfavorável. Sendo assim, as causas do câncer são multifatoriais (FELIPPE JR, 2007).

Alguns fatores são conhecidos como predisponentes a esse tipo de câncer, podendo ser eles a idade, a história Familiar, dieta, fatores reprodutivos e hormonais, história de câncer anterior e fatores genéticos (ÁVILA et al., 2000).

De acordo com o Sistema de informação de mortalidade 2011, o número de mortes é de 13.345, sendo 120 homens e 13.225 mulheres (INCA, 2011). O que nos faz lembrar que mesmo sendo em menor incidência esse tipo de câncer também acomete homens levando a sua mortalidade.

Na tentativa de minimizar os danos, a educação em saúde vem sendo uma das estratégias mais eficazes para a redução da mortalidade por câncer, a população precisa saber que apenas um fator isolado não é o bastante para a prevenção.

Contudo precisa-se de um apoio no serviço de saúde para que os profissionais se fortaleçam nas ações frente a detecção precoce do câncer de mama, seja na educação em saúde, seja nas estratégias de intervenção com material adequado, necessitando assim de um gestor proativo nas decisões de atuação.

É importante entender que no gerenciamento de uma UBASF, o gestor necessita dominar uma série de conhecimentos e habilidades das áreas de saúde e de administração, bem como, ter uma visão sistêmica no contexto em que elas estão inseridas. O mesmo deverá ter compromisso social com a população, pois é o gerente quem organiza a produção dos bens e serviços de saúde ao indivíduo e a coletividade (PASSO; CIOSAK, 2006).

O profissional gestor precisa relacionar-se com as equipes interprofissionais, estar ciente dos procedimentos médicos assistenciais, intermediando possíveis conflitos em situações inter-relacionais. As atividades inerentes ao gerente também incluem as ações previstas no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), hoje também conhecido como Equipe de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), que atribui ao enfermeiro diversas atividades de gerenciamento, principalmente na condução dos ACS e profissionais de enfermagem na ESF (RAMOS, 2010).

Nesse processo de trabalho, o gerente, sendo enfermeiro ou não, precisa adequar-se a determinados mecanismos próprios da unidade, que propiciem o desenvolvimento da execução da prática gerencial, tendo como foco principal a garantia dos princípios do SUS (PASSO; CIOSAK, 2006).

O gestor deve ter um perfil de liderança situacional, cientes do seu papel de apoiar atividades para desenvolver o potencial das pessoas e levá-las a realizar um trabalho com suas responsabilidades no atendimento a população, a família e comunidade. Esse trabalho é desenvolvido de maneira mais eficaz quando às atividades assistências ocorre em paralelo com reuniões administrativas de equipe estando todos a par do diagnóstico situacional da comunidade visando o planejamento e execução das atividades educativas, atendendo a necessidade da população (RAMOS, 2010).

Diante do exposto surge o seguinte questionamento: Os ACSs tem o apoio da sua gestão para atuar com a comunidade na detecção precoce do câncer de mama? Incluindo capacitação, tecnologias que auxilie na atenção a saúde mamária, instrumentos de consulta, entre outros.

Nesse contexto objetivou-se investigar a percepção dos agentes comunitários de saúde na detecção precoce do câncer de mama com enfoque na gestão.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. O estudo ocorreu nas Unidades Básicas de Saúde da Família, pertencentes à Coordenação Regional em Saúde (CORE) VI. Os sujeitos da pesquisa foram 19 Agentes Comunitários de Saúde da CORE VI entrevistados em seis unidades de saúde selecionadas aleatoriamente, em que foi parada a coleta pela saturação das falas. Como critérios de inclusão foi determinado que devesse participar da pesquisa Agente Comunitário de Saúde que atuassem em Unidade Básica de Saúde da Família pertencente a Regional VI, como também os que aceitaram participar da entrevista. Foram tidos como critério de exclusão, as ACSs que estavam de licença maternidade e/ou os que estavam de férias no período da pesquisa.

A coleta de dados se deu através da aplicação de questionário com perguntas objetivas e subjetivas, com os ACSs. As perguntas contemplavam os dados sociodemográficos como local da pesquisa, e variáveis de dados pessoais como a idade, sexo, estado civil, grau de escolaridade, renda familiar, e tempo de serviço na Atenção básica. Outro momento da pesquisa contemplava a abordagem do assunto referente à gestão do serviço, como por exemplo: Você tem algum poder a tomada de decisão para resolver algum caso que necessite de encaminhamento? Se não, o que você acha que poderia ser feito? Na sua unidade de saúde o seu coordenador lhe apoia quando é feito um encaminhamento por você? Se não, o que você propõe para que isso passe a acontecer?

Na análise dos dados qualitativos foi usada a análise de conteúdo de Bardin, na qual é definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que faz uso de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (BARDIN, 2006).

De acordo com Bardin (2006), a análise de conteúdo compreende três fases: 1) pré-análise: fase em que o material a ser analisado é organizado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais, 2) exploração do material: esta fase consiste na exploração do material com a definição de categorias (sistemas de codificação) e o reconhecimento das unidades de registro (unidade de significação que será codificada, corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, tendo em vista à categorização e à contagem frequencial) e das unidades de contexto nos documentos (unidade de compreensão para codificar a unidade de registro correspondente ao segmento da mensagem, a fim de entender a significação exata da unidade de registro). 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação: a terceira fase está relacionada ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Esta etapa é designada ao tratamento dos resultados; nela ocorre a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais.

A pesquisa foi submetida pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), recebendo aprovação sobre o protocolo nº 618.818.

Resultados e Discussão

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Da totalidade, 14 pessoas são do sexo feminino, sendo apenas 5 do sexo masculino. A idade dos profissionais variou entre 25 a 60 anos, sendo destes, cinco com idade de 25 a 35 anos, e oito tem de 36 a 45 anos e seis tem acima de 46 anos. Quanto ao estado civil, 11 profissionais são casados. No que se refere ao grau de escolaridade nove agentes que concluíram o ensino médio.

4.2 O ACS E SEU PODER FRENTE ÀS DECISÕES PARA ENCAMINHAMENTOS

A maioria dos entrevistados, existiu uma lacuna no conhecimento de suas atribuições, não estando estas, bem definidas. Como demonstradas nas falas abaixo:

"Meu dever é comunicar ao médico e a enfermeira da equipe, e de acordo com a necessidade, eles fazem o encaminhamento." (ACS 16);

"Eu acho que deve ser encaminhada pelo médico ou enfermeira. A nós ACS, somente ser o elo entre a comunidade e a unidade". (ACS 2);

"Deveria ser feito uma preparação melhor, e poder de encaminhamento"(ACS 19);

Entretanto conhecendo as atribuições desse profissional, destacam-se, identificar a situação de risco ou problema, conversar com as pessoas e/ou familiares, para assim encaminha-las à unidade de saúde com o intuito de uma avaliação mais detalhada (BRASIL, 2009). Um dos aspectos bastante abordado nos relatos foi o impedimento no poder de decisão, sendo que a maior parte dos profissionais refletem descontentamento no que diz respeito a autonomia para o encaminhamento direto as consultas. Percebemos isto, claramente nas falas:

"Poderia ter facilidade de nós marcar pelo menos a primeira consulta do paciente" (ACS 12);

"ACS é um profissional que só recebem ordem, seu tratamento é em regime ditatorial, não tem opinião e nem direito a nada" (ACS 4);

Através dos depoimentos fica indiscutível a insatisfação dos profissionais na tomada de decisão em atitudes como agendamento de consultas, estabelecimento de prioridades, acesso direto ao cronograma para atendimento que seja por eles, considerados importantes para uma melhor avaliação na unidade básica de saúde com o profissional solicitado.

O agente comunitário de saúde por muitas vezes é recebido nos domicílios e desenvolve seu papel de educador para a saúde ali mesmo, na casa do usuário, onde podem presenciar a realidade das famílias e adequar as informações que sejam mais convenientes em cada caso. Esse profissional precisa dominar diferentes assuntos que permeiam a saúde pública no país.

Mesmo com essa atribuição, ficou patente, na percepção do ACS, a sua condição inferiorizada, no que diz respeito ao apoio do coordenador quando é feito um encaminhamento pelo agente. Dentro da sua dinâmica de trabalho o profissional ACS reconhece que para desenvolver uma atenção mais eficaz na comunidade precisa do apoio de quem coordena a unidade básica. Como é visto claramente nos próprios depoimentos dos profissionais:

"Seria bom se a coordenação escutasse mais o agente de saúde, já que somos os olhos da comunidade" (ACS12);

"Proponho que haja uma aproximação maior entre a coordenação e as equipes de saúde para que se conheça os casos que necessite de mais atenção na área"; (ACS 11);

"Eu acredito que um dia o ACS vai ser levado mais á sério" (ACS 17);

O agente comunitário de saúde é estimulado a ser um agente de mudanças, também conhecido citado nas falas como "vigilante as saúde", porém o trabalho reconhecido e funcionando sob as condições mínimas de dignidade do profissional, favorecem consideravelmente, gerando um cuidado continuo as ultrapassando barreiras e limitações. As atitudes positivas exercidas por eles, como por exemplo, uma informação repassada de forma clara e cuidadosa, irá refletir na no dia-a-dia do trabalho da unidade, e na saúde da população.

Partindo desse ponto é que a coordenação da unidade básica de saúde, ou gestor local, tem importante papel no gerenciamento dessa dinâmica de trabalho. Para contextualizar isto, podemos citar a lei 8.080, conhecida como a lei orgânica de saúde, que ao ser regulamentada em 1990, definiu que deveria existir um gestor em cada esfera de governo.

A Unidade Básica de saúde tem o seu gestor local, mais conhecido como 'coordenador do posto', que exerce atribuições especifica participando e orientando na organização dos processos de trabalho.

Para tanto os ACSs em suas falas deixam explicito que ainda falta muito por parte da coordenação. Pontos como, "aproximação", "acesso", são repetidos em varias falas. Fica sabido que para que os ACS consigam desenvolver seu papel, o elo deve existir também dentro da unidade. Como sugere os profissionais abaixo:

"Deveria ter mais integração entre a equipe com a coordenação" (ACS 15);

"Somos profissionais de baixa remuneração, e nem mesmo somos respeitados na unidade pelos outros profissionais, principalmente os de nível superior" (ACS 4);

Na visão dos ACS entrevistados, o diálogo, atitudes de respeito entre os profissionais, favorecem com as relações da equipe, assim como o conhecimento, a informação são fundamentais na construção de uma saúde para todos.

4.3 O GESTOR E A CAPACITAÇÃO DOS ACS

Nesta categoria analisada, destacam-se a necessidade de "cursos de capacitação", "informações constantes" e "Palestras para aprender melhor" na opinião dos profissionais entrevistados. Diante disto é preciso ter uma visão na qualidade das informações que são orientadas por profissionais para que de fato gerem conhecimento na comunidade.

Destacam-se nas entrevistas procedidas, um sentimento de descaso da gestão no que a tange a capacitação do Agente comunitário de saúde frente às informações sobre o câncer de mama:

"Precisamos ter informações constantes, palestras, cursos" (ACS 13);

"Sugiro palestras para eu entender mais, panfletos, etc" (ACS 6);

"Não há investimento em cursos de capacitação para os profissionais da saúde" (ACS 17);

"Poderia ter cursos sobre o câncer de mama" (ACS 12);

Percebemos então uma fala que cerne todo esse emaranhado de necessidades detectadas por esses profissionais:

"Proponho capacitação para todos os Agentes comunitários de Saúde" (ACS 1).

Com isso, devemos lembrara que um dos princípios que permeiam o Sistema Único de Saúde (SUS), é a integralidade, portanto o gestor responsável precisa se dedicar em preparar profissionais capacitados para se depararem com diversos problemas de saúde publica, garantindo a oferta de orientação necessária aos indivíduos, família e coletividade que o procurarem.

Para isto, é importante que existam os programas educacionais e estes devem ser elaborados e baseados no desenvolvimento de competências de cada equipe, se possível, utilizando métodos de ensino-aprendizagem inovadores, reflexivos e críticos e quando possível, incluindo novas tecnologias, como a educação à distância. Além disso, dentro desse contexto, o desenvolvimento de algumas competências transversais, como a capacidade em trabalhar em equipe e a comunicação, devem fazer parte de qualquer programa educacional do ACS e dos outros profissionais de saúde (TOMAS, 2002).

Diante dos fatos fica evidenciado que o ACS poderá realizar essa educação em saúde na detecção precoce do câncer de mama, mas que isso só poderá acontecer com eficiência, quando esse profissional for bem orientado por seu gestor local através de capacitações e investimentos para a ação. Entendendo que essa atividade é de suma importância para prevenção de maiores agravos.

Neste sentido, Gottardi e Silva (2005), salientam que o agente deve ter um papel destacado como promotor de saúde e cidadania. Sendo estes profissionais, pessoas essenciais para o desenvolvimento do PSF. Por isso, capacitá-lo e valorizá-lo é de fundamental importância, pois aqueles que atuam na saúde e a promovem, ou seja, os trabalhadores podem ser vistos como um bem público.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Conclusão

Conclui-se que a atuação da gestão na atenção primária à saúde é de fundamental importância para o planejamento e desenvolvimento das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, no entanto os Agentes Comunitários de Saúde demonstram insatisfação no modo de gerir desses profissionais, devido à falta de autonomia para tomar decisões sobre encaminhamentos às mulheres da comunidade.

Referências

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

ÁVILA, K. G. et al. Câncer de Mama. Departamento de Genética e Evolução. Porto Alegre: FFCMPA, 14 de novembro de 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia prático do ACS**, Brasília, DF, 2009.

RAMOS, L; H. **Gestão de Serviços de Saúde**: Módulo Político Gestor. 2011. 36p.

SANTOS, L. P. G. S; FRACOLLI, L.A. O agente Comunitário de Saúde: possibilidades e limites para a promoção da saúde. **Revista Escola Enfermagem USP**, v.44, p.76-83, 2010.

SILVA, G. A. Câncer de mama no Brasil: estratégias para o seu enfrentamento. **Caderno de Saúde Pública**. vol.28, n.1, Rio de Janeiro, janeiro de 2012.

PERCEPÇÃO DOS CALOUROS DE UM CURSO DE NUTRIÇÃO SOBRE O SUS E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

Caroline Moreira Arruda (apresentador) – Universidade Estadual do Ceará - carolinenut@gmail.com

Fernanda Nunes Maia – Universidade Estadual do Ceará

Andressa Alves de Lima – Universidade Estadual do Ceará

Beatriz Melo de Carvalho - Universidade Estadual do Ceará

Álvaro Magalhães Cavalcante Pereira - Universidade Estadual do Ceará

Maria Marlene Marques Ávila (Orientador) – Universidade Estadual do Ceará

Palavras-chave: Nutrição. Atenção Primária à Saúde. SUS.

Resumo

Este estudo objetiva relatar a experiência do grupo de estudos NutSus durante duas atividades realizadas com calouros do Curso de Nutrição da Universidade Estadual do Ceará sobre as temáticas Sistema Único de Saúde (SUS) e Atenção Primária à Saúde (APS). A primeira atividade ocorreu na acolhida aos calouros, envolvendo uma discussão sobre o SUS e o papel do nutricionista neste, a partir de uma exposição dialogada de experiências de nutricionistas na APS, seguida de três perguntas norteadoras: “o que vocês escutam falar sobre o SUS?”, “o que vocês pensam sobre o SUS?” e “qual o papel do nutricionista no SUS?”. Verificou-se que os estudantes tinham uma visão superficial e negativa do SUS, fortemente influenciada pela mídia televisiva. Além disso, a atuação do nutricionista na Saúde Pública era concebida pelos mesmos como relacionada, essencialmente, à prática clínica. A segunda atividade ocorreu em um encontro do NutSus com os calouros que se interessaram em participar das atividades do grupo. Realizou-se uma chuva de ideias a partir das perguntas “o que vocês sabem/conhecem a respeito do SUS?” e “o que significa Atenção Primária à Saúde?”, proporcionando um debate sobre as fragilidades, as fortalezas, os princípios e a organização do SUS; as tecnologias “leves e duras” e os atributos da APS. Percebe-se a potencialidade do grupo NutSus entre os acadêmicos de Nutrição, como espaço de desconstrução de visões equivocadas e distorcidas sobre o SUS e a APS, o que pode contribuir desde o início do processo formativo para a maior compreensão do SUS.

Introdução

O nutricionista é o profissional de saúde que, atendendo aos princípios da ciência da Nutrição, tem como função contribuir para a saúde dos indivíduos e da coletividade. A ele cabe a produção do conhecimento sobre a Alimentação e a Nutrição nas diversas áreas de atuação

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

profissional, buscando continuamente o aperfeiçoamento técnico-científico, pautando-se nos princípios éticos que regem a prática científica e a profissão, nos princípios da bioética, nos princípios universais dos direitos humanos, na Constituição do Brasil e nos preceitos éticos contidos no Código de Ética da categoria (CFN, 2004).

O processo formativo do nutricionista objetiva formar profissionais com caráter generalista, humanista e crítico, capazes de atuar nas áreas que envolvem a Alimentação e a Nutrição, na perspectiva da recuperação, manutenção, prevenção e promoção de saúde nos níveis individual e coletivo, contribuindo, desta maneira, para a melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2001).

Reconhecendo-se como profissional de saúde, o nutricionista no SUS deve cumprir o papel de promotor da saúde, o que pressupõe ações norteadas pelas políticas públicas de saúde, bem como pelo conceito de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) (SOARES; AGUIAR, 2010), de forma a levar aos usuários à compreensão do que seja alimentação saudável, e quais os fatores que contribuem ou interferem na sua garantia.

Conforme as informações disponibilizadas pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), nos últimos cinco anos, a procura pelo ingresso no Curso de Nutrição vem aumentando progressivamente. Em 2010.2 a concorrência foi 20,13; já em 2014.2 foi de 30,87. Segundo a Comissão Executiva do Vestibular, no processo realizado para ingresso nos segundos semestres de 2010 a 2014, a Nutrição foi o curso que apresentou maior concorrência (UECE, 2014).

Estudo realizado em Porto Alegre - RS identificou que a mídia influenciou os calouros na escolha da área que desejam atuar como nutricionista, predominando o interesse pela área de Nutrição Clínica, a ser desenvolvida em consultórios, hospitais e clínicas. Estes reconheceram a influência dos meios de comunicação de massa como forte fator motivacional nesta decisão (NEGRI; RAMOS; HAGEN, 2011).

Complementando esta informação, uma pesquisa sobre a inserção dos nutricionistas no Brasil demonstrou o predomínio da opção da categoria pelo exercício profissional também na área da Nutrição Clínica (CFN, 2006). Tal opção, verificada em todo o território nacional, guarda uma relação direta com o modelo formador e representa um desafio no país, dado que seu perfil epidemiológico aponta para a necessidade crescente de ações preventivas de doenças e promotoras da saúde com foco na alimentação, a serem realizadas em espaços como escolas e unidades básicas de saúde dentro do atual modelo assistencial de saúde, requerendo, portanto, nutricionistas aptos a trabalhar na Saúde Coletiva.

Este estudo retrata a experiência do NutSus, um grupo de estudos formado por uma professora e estudantes da graduação e da pós-graduação em Nutrição da UECE, que tem aprofundado a reflexão sobre a atuação do nutricionista na área da Saúde Coletiva no âmbito do SUS, e participado da apresentação e discussão dessa temática com os estudantes ingressantes no Curso de Nutrição.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência das vivências do grupo NutSus em duas atividades realizadas com estudantes recém ingressos no Curso de Nutrição da UECE, que tiveram como tema o SUS e a APS.

O grupo NutSus surgiu da necessidade de discutir e aprofundar a compreensão sobre os processos de reorientação da formação do nutricionista para a atuação no SUS, a partir do desenvolvimento de uma pesquisa cujo objetivo é a avaliação da formação dos profissionais de saúde das universidades públicas em Fortaleza - CE, com ênfase na APS.

A primeira atividade do grupo com os calouros integrou a programação da “10ª Acolhida Integrada da Saúde”, promovida pelos estudantes do Centro Acadêmico do Curso de Nutrição (“CA 31 de Agosto”) da UECE durante o período de 31 de março a 4 de abril de 2014, que teve como tema principal “A saúde no país da copa”. Por meio de metodologia participativa, os integrantes do NutSus realizaram uma dinâmica de acolhimento envolvendo ritmos de músicas, seguida de uma breve apresentação de todos participantes. A seguir, os calouros foram divididos em quatro grupos e foi pedido para que demonstrassem seus conhecimentos e percepções sobre o SUS por meio de palavras, desenhos e/ou esquemas registrados em cartazes, a partir de três perguntas norteadoras: “o que vocês escutam falar sobre o SUS?”, “o que vocês pensam sobre o SUS?” e “qual o papel do nutricionista no SUS?”. Cada grupo escolheu dois representantes para apresentar o cartaz produzido e, durante cada apresentação, o grupo NutSus promovia um debate a partir das ideias e opiniões expostas pelos calouros. Após as apresentações, dois membros do NutSus realizaram uma exposição dialogada sobre suas experiências de atuação na APS, propiciada pela realização da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade de Fortaleza-CE.

A segunda atividade ocorreu em um encontro do NutSus, visando aprofundar a discussão sobre o SUS e a APS com alguns calouros que demonstraram interesse em participar das atividades do grupo, tornando-se novos integrantes do mesmo. Inicialmente foi realizada uma chuva de ideias a partir da pergunta geradora “o que vocês sabem/conhecem a respeito do SUS?”, seguida da segunda pergunta “o que significa Atenção Primária à Saúde?”. As palavras/expressões que surgiam eram escritas no computador e projetadas na sala para facilitar a visualização dos participantes, sendo desenvolvida, a partir de então, uma discussão sobre as mesmas entre o grupo.

Resultados e Discussão

Na primeira atividade, a dinâmica inicial possibilitou a interação dos calouros com os seus novos colegas e com as demais pessoas que participavam da Acolhida. Durante o momento do debate, o funcionamento e organização do SUS, suas fortalezas e fragilidades, como ele é retratado na mídia, bem como a importância da APS foram alguns dos assuntos discutidos. Em relação às perguntas “o que vocês escutam falar sobre o SUS?” e “o que vocês pensam sobre o SUS?”, os calouros mencionaram fatos negativos que são apresentados pela mídia a respeito do SUS, veiculados principalmente pela televisão: a ausência de profissionais - gerando muito tempo de espera para o atendimento dos pacientes - e de medicamentos, bem como a estrutura precária dos estabelecimentos de saúde.

Conforme Oliveira (2000, p.72), as imagens e informações divulgadas pela mídia sobre o SUS geralmente associam-se “às mazelas e dificuldades do setor, quase sempre a partir de uma suposta ineficiência do Estado, incompetência das autoridades ou dos profissionais da área, levando à construção de uma ordem simbólica pouco reflexiva sobre o campo da política de saúde representada pelo SUS”. Desta maneira, recebem destaque as limitações deste sistema, ao passo que não é oferecido o devido reconhecimento das ações de saúde bem sucedidas no país (DE LAVOR; DOMINGUEZ; MACHADO, 2011).

Quanto à pergunta “qual o papel do nutricionista no SUS?”, os calouros apontaram que o profissional pode trabalhar na elaboração de cardápios tanto para pacientes em geral, como para aqueles com restrição a determinados alimentos, ressaltando sua importância na elaboração de dietas parenterais juntamente com outros profissionais de saúde.

Percebe-se que os calouros trazem uma visão do nutricionista bastante associada à atuação clínica dentro da área de Saúde Pública. Ressalta-se que esta lógica encontra-se igualmente presente entre os profissionais de saúde em geral, os quais consideram o nutricionista como um “dietoterapeuta da Saúde Pública”, reduzindo-o à prática do atendimento e da prescrição dietética, destituídas de atribuições específicas neste campo de atuação (BOSI, 1996). Além disso, alguns estudos mostram que a Nutrição Clínica é área que os ingressantes de cursos de nutrição tem maior interesse em atuar (NEGRI, RAMOS, HAGEN, 2011; CERVATO-MANCUSO, SILVA, 2012), sendo um reflexo do percurso histórico de inserção profissional na Saúde Pública, “o qual foi construído em consonância à ação do Estado no setor”

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

(BOSI, 1996, p. 129), limitando a atuação do profissional ao âmbito hospitalar e na execução de programas de nutrição, com caráter fortemente assistencial (BOSI, 1988; 1996).

Neste sentido, o debate promovido na acolhida aos calouros despertou o interesse em aprender mais sobre o SUS de forma crítica, favorecendo a compreensão para além do que é veiculado de forma distorcida na mídia. Além disso, a apresentação de experiências de nutricionistas na APS ampliou o olhar sobre as diversas possibilidades de ações que o profissional pode desenvolver na área de Nutrição e Saúde Pública. Uma consequência imediata da atividade foi a motivação de alguns calouros a ingressarem no NutSus como voluntários, fato avaliado de forma muito positiva pelos integrantes do grupo.

Na segunda atividade desenvolvida, foram lançadas perguntas a partir das quais surgiram diversas ideias por parte dos novos integrantes. Em relação à primeira pergunta geradora - “o que vocês sabem/conhecem a respeito do SUS?” - as ideias emergidas foram: “um projeto que não condiz com a realidade”; “serve de modelo para outros países”; “mal interpretado”; “princípios da integralidade, universalidade e equidade”; “caos”; “acesso de todos”; “cuidado”; “não tem a ver somente com hospital, envolve outras vertentes”; “muita gente não sabe que está usando o SUS, não faz ideia”; “Atenção Primária”.

A discussão se iniciou com uma explicação sobre o acesso à saúde antes de existir o SUS e como sua construção se deu com o movimento pela Reforma Sanitária, reforçando que foi fruto de uma conquista popular. Além disso, foi apontada novamente a visão negativa do SUS transmitida pela mídia, reconhecendo suas limitações e deficiências, mas também suas potencialidades. Inúmeros exemplos positivos foram citados: as ações de Vigilância em Saúde, as campanhas de imunização e os procedimentos de alta complexidade, como o transplante de órgãos (DE LAVOR, DOMINGUEZ E MACHADO, 2011), os quais despertam o interesse de muitos países que passar a visualizar o SUS como uma referência para a construção/melhoria de seus sistemas de saúde. Finalizando o debate, foram explicados os princípios da integralidade, universalidade e equidade, a partir do conhecimento prévio do grupo.

Na segunda pergunta - “o que significa Atenção Primária à Saúde?” - as respostas destacaram as seguintes ideias: “primeiro contato”; “realiza prevenção, não atuando somente quando a pessoa está doente”; “ações como campanhas de vacinação”; “estrutura básica”; “menos complexo tecnologicamente”; “posto de saúde”; “contato com a comunidade”; “atendimento em casa - domiciliar”; “crianças, gestantes e idosos”; “pessoas que precisam de um cuidado maior”; “atenção a pessoas com dependências químicas”.

A discussão foi então iniciada por um membro do NutSus a partir da leitura do conceito de APS expressa por Starfield (2002) e Mendes (2011). Em seguida, explicou-se a existência de uma concepção tradicional em que o SUS é concebido como um sistema hierárquico, formatado dentro da lógica de uma “pirâmide” segundo as complexidades relativas de cada nível de atenção: atenção básica ou APS, atenção secundária ou de média complexidade e atenção terciária ou de alta complexidade. De acordo com tal concepção, a APS fica na base da pirâmide, dando uma ideia de inferioridade ou dotada de menor importância. Atualmente, estes conceitos foram revistos e a “pirâmide de níveis de atenção” vem sendo substituída pelas “redes de atenção”, onde a APS é o centro organizador e regulador destas redes, não existindo posição hierárquica, visando à continuidade do cuidado em saúde (MENDES, 2011).

A ideia gerada sobre “estrutura básica” levou a discussão sobre a compreensão equivocada da APS ser o nível de atenção de baixa complexidade, que requer poucos investimentos e, portanto, mais barata (OMS, 2008). Essa discussão foi subsidiada pelas ideias de Mendes (2011), que afirma ser a APS, quando bem realizada, responsável pela resolutividade de até 85% das necessidades de saúde da população por meio de ações que se caracterizam por baixa densidade tecnológica, como aquelas relativas a mudanças de comportamentos e de estilos de vida em relação à saúde, resultando, portanto, em uma maior complexidade.

Essa reflexão trouxe para o debate os conceitos de “tecnologias leves” e de “tecnologias duras” (MERHY; FRANCO, 2003). Explicou-se que na APS se usa bastante as “tecnologias leves” ou de baixa densidade, como a escuta qualificada e o diálogo, em que muitos profissionais se negam a prestar atendimento em saúde porque são dependentes das “tecnologias duras” ou de alta densidade, como os equipamentos de elevada tecnologia. Para exemplificar foi referido que um nutricionista não pode deixar de atender uma pessoa devido não possuir balança na unidade de saúde para aferir seu peso. Ele pode usar outras formas de abordagem na ausência de equipamentos, o que significa a adoção das “tecnologias leves”. Foi ainda explicado que as ações da APS são realizadas tanto na unidade de saúde como na própria comunidade (BRASIL, 2012), a exemplo da visita domiciliar, conforme mencionado pelos participantes do grupo durante a chuva de ideias.

Neste sentido, considera-se que a APS seja, preferencialmente, o “primeiro contato” dos usuários com o SUS, pela sua proximidade das comunidades, pelo trabalho com a territorialização, pelas ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cura, reforçando seu papel fundamental na promoção da saúde (BRASIL, 2012); o que, se realizado a contento, evitaria parte da demanda aos demais pontos de atenção da rede do SUS, contribuindo para um maior equilíbrio do sistema.

Ao final da discussão, mencionou-se a importância de investimentos na APS e a necessidade de reorientar a formação dos profissionais visando à atuação neste âmbito de atenção à saúde (BRASIL, 2007).

Conclusão

A primeira atividade realizada pelo grupo NutSus como parte da acolhida aos calouros do Curso de Nutrição da UECE demonstrou que o conhecimento destes sobre SUS é principalmente obtido pela mídia televisiva que, comumente, divulga os aspectos negativos e as dificuldades do sistema. Porém, a partir da abordagem do SUS e da atuação do nutricionista na APS, já houve interesse de alguns calouros em aprofundar tais conhecimentos, o que os levou a se integrar ao NutSus; resultado, este, que proporcionou discussões aprofundadas na segunda atividade, apontando fortemente para a potencialidade do grupo na conquista por maior espaço da Saúde Coletiva como área de atuação, capaz de despertar o interesse dos futuros nutricionistas durante seu processo formativo.

Referências

- BOSI, M. L. M. **A face oculta da nutrição: ciência e ideologia**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1988.
- _____. **Profissionalização e conhecimento: a nutrição em questão**. Editora Hucitec: São Paulo, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde/ Ministério da Educação. **Programa de reorientação da formação profissional em saúde- Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- _____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110p.
- CERVATO-MANCUSO, A. M.; SILVA, M. E. W. Percepção e expectativas dos alunos ingressantes no curso de nutrição. **Revista Cultura e Extensão USP**, v.8, p.79 - 95, 2012.
- CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS (CFN). **Resolução CFN Nº 334/2004**. Dispõe sobre o Código de Ética do Nutricionista e dá outras providências. Brasília, 2004. Disponível em: <www.cfn.org.br>. Acesso em: 10 ago. 2014.
- _____. **Inserção profissional dos nutricionistas no Brasil**. Brasília: Conselho Federal de Nutricionistas, 2006. Disponível em: <<http://www.cfn.org.br/eficiente/repositorio/Cartilhas/59.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2014.
- DE LAVOR, A.; DOMINGUEZ, B.; MACHADO, K. O SUS que não se vê. **Radis Comunicação em Saúde**, n.104, p. 9-17, abr. 2011.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2011. 549 p.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, ano XXVII, v.27, n. 65, set./dez. 2003.

NEGRI, S. T.; RAMOS, M.; HAGEM, M. E. K. Influências na escolha por curso de nutrição em calouros de Porto Alegre (RS). **Cadernos de Educação**, FaE/PPGE/UFPel, Pelotas, v.39, p. 221-241, mai./ago. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial de saúde 2008: atenção primária em saúde - agora mais do que nunca**. Genebra: OMS, 2008.

SOARES, N. T.; AGUIAR, A. C. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de nutrição: avanços, lacunas, ambiguidades e perspectivas. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.23, n.5, p. 895-905, set./out. 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ (UECE). **Dados disponibilizados pela Comissão Executiva do Vestibular**. UECE. Disponível em: <<http://www.uece.br/cev/index.php>>. Acesso em: 11 ago. 2014.

Agradecimentos

Aos membros do grupo NutSus pela constante dedicação e compromisso com o fortalecimento do SUS dentro do Curso de Nutrição da UECE.

PERCEPÇÃO DOS FARMACÊUTICOS SOBRE SUA ATUAÇÃO FRENTE ÀS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL

Maria Aline Lima Saraiva Praseres – Universidade Federal do Ceará – mariaalinepraseres@hotmail.com
Rachel Rabay Nogueira – Universidade Federal do Ceará
Maria Augusta Drago Ferreira – Universidade Federal do Ceará
Ana Paula Soares Gondim – Universidade Federal do Ceará

Palavras-chave: Saúde Mental. Farmacêuticos na saúde mental. Centro de atenção psicossocial infanto-juvenil.

Resumo

A Saúde Mental no Brasil vem progredindo em decorrência de uma maior discussão do assunto em meio aos profissionais da saúde, bom como pela homologação da Lei nº 10.216/2001 e da Portaria nº 336/2002, dentre outras. Contudo, ainda existem lacunas nessa área, especialmente no que se refere à atuação/atribuição do profissional farmacêutico junto à saúde mental. O estudo puxa essa discussão, pois se baseia em dispositivos legais que permite o farmacêutico desenvolver suas atividades nos serviços de saúde mental infantojuvenil. Sendo relevante por analisar como o farmacêutico percebe sua atuação no campo da saúde mental e na promoção da saúde desse grupo de pacientes.

Introdução

No Brasil, apesar da criação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental e, da Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que estabeleceu a criação do Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil (CAPS-i) em todo o País, direcionado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves, somente em 2004, ocorreu uma articulação formal e organizada para a elaboração de uma política pública de saúde mental infanto-juvenil, através da III Conferência Nacional de Saúde Mental e do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002).

De acordo com a Portaria 336/02, dentre as atividades que devem ser desenvolvidas na assistência ao usuário infanto-juvenil, destaca-se o atendimento individual, que direciona o tratamento em três componentes: medicamento, psicoterapia e reabilitação psicossocial de uma forma clinicamente significativa e integrada (BRASIL, 2002).

Apesar desses avanços, nos estudos com crianças e adolescentes, muitas vezes, o termo saúde mental restringe-se ao atendimento psiquiátrico desses indivíduos, bem como à farmacoterapia com a disponibilidade de velhos e novos psicofármacos (VITIELLO, 2005;

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

ZITO, 2007). No campo da Farmacoepidemiologia são desenvolvidos Estudos de Utilização de Medicamentos (EUM) que apontam um crescimento do uso dos psicofármacos em crianças e adolescentes, evidenciando essa tendência. (CAMARGOS JR.; NICOLATO, 2009). Tal realidade é um tanto preocupante, visto que para um melhor resultado assistencial se deve combinar diversificadas práticas de cuidado e não somente a farmacoterapia.

Outro ponto que nos chama atenção é a ausência legal, na referida Portaria, do profissional farmacêutico. O farmacêutico é bastante relevante na assistência desses pacientes, pois além de estar diretamente ligado à aquisição e dispensação de psicofármacos, pode desenvolver atenção farmacêutica, acompanhamento farmacoterapêutico e realizar ações de cuidado/necessidade em saúde, contribuindo para o sucesso assistencial desses pacientes e para o uso racional de medicamentos, bem como na melhoria da qualidade de vida desses pacientes. Para tanto, é imprescindível compreender a atuação do profissional farmacêutico nos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil do ponto de vista legal, por existir diretrizes e princípios que permitem tal atuação junto à equipe multiprofissional.

Tendo em vista essa problemática, esse estudo é relevante por analisar como o farmacêutico percebe sua atuação na saúde mental frente às ações de promoção à saúde.

Metodologia

Desenvolveu-se um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil, no município de Fortaleza, CE, em um período de Janeiro a Julho de 2014.

Caracterização dos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil de Fortaleza, CE:

Fortaleza foi dividida, no ano de 1997, em seis Secretarias Executivas Regionais (SER), tendo como objetivo proporcionar a melhoria das condições de vida da população da região, sob a gestão do desenvolvimento territorial, do ambiente e social. A população de cada SER dispõe de um conjunto de serviços como: educação, saúde, ocupação, renda, habitação, cultura, limpeza e esporte. O município possui 14 CAPS, sendo dois CAPS-i. O primeiro CAPS-i, inaugurado em 2006, é referência para as SER II e IV, que juntas abrangem 69 bairros. O segundo CAPS-i inaugurado, em 2007, abrange o atendimento das SER I, III e V. Ambos apresentam atendimento intensivo, semi-intensivo, não intensivo (FORTALEZA, 2011).

Crítérios de seleção dos sujeitos do estudo:

Participaram do estudo os profissionais farmacêuticos que integram o serviço de saúde mental e assistência farmacêutica do CAPS-i. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após ser esclarecido dos objetivos e metodologia de estudo.

Instrumentos e técnicas para coleta de dados:

Ocorreu a partir de entrevistas semi-estruturadas, que foram realizadas a partir de um roteiro. As entrevistas foram gravadas, para assegurar a qualidade dos registros, e após cada entrevista, o material produzido foi transcrito na íntegra. O entrevistador anotou, ao término de cada entrevista, as suas impressões sobre a comunicação e as reações em linguagem não verbal que entrevistado expressou.

Plano de análise: O produto da pesquisa foi constituído por narrativas das experiências individuais e coletivas dos profissionais farmacêuticos que integram o serviço de saúde mental e assistência farmacêutica do CAPS-i. As narrativas foram organizadas e indexadas na forma de dados não numéricos, permitindo a criação, o registro e a formulação de categorias analíticas. As categorias analisadas foram vínculo, rotina do farmacêutico, percepção para atuar na saúde mental e na promoção da saúde dos pacientes.

Aspectos éticos: O protocolo de pesquisa foi submetido primeiramente ao Comitê de Ética em Pesquisa de uma Instituição de Ensino Superior. A permissão para inclusão dos CAPS-i infanto-juvenil como local de pesquisa foi realizada através do Termo de Autorização de Fiel Depositário, com o intuito de obter informações dos prontuários e sistemas de informações da rede de saúde mental direcionada às crianças e adolescentes, respeitando os preceitos da ética segundo a resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, já assinado previamente.

Resultados e Discussão

Participaram do estudo duas farmacêuticas de um CAPS-i. A Farmacêutica 1 (F1) possui vínculo profissional através de uma organização social de saúde, possui uma carga horária de 40 horas semanais e atua no serviço há mais de um ano. A Farmacêutica 2 (F2) entrou no serviço através de uma seleção pública temporária, atua por 20 horas semanais e está no serviço há, aproximadamente, um ano.

Nenhuma delas apresentava formação em saúde mental antes de entrar no serviço, embora reconheçam a importância da formação, “*Eu acho que deveria ter mais capacitação, até para lidar com esse tipo de paciente...*” (F2). A formação do profissional que atua nos serviços de saúde, especialmente na saúde mental, deve propor uma orientação para o cuidado de necessidades em Saúde, cessando esse olhar focado no diagnóstico e na respectiva prescrição de condutas (SEMINÁRIO NACIONAL SAÚDE MENTAL: OS DESAFIOS DA FORMAÇÃO, 2010). O serviço tem demanda para profissionais com essa formação diferenciada: “*A gente teve um curso de capacitação. Logo no comecinho que a gente chegou.. Porque viram que a gente era muito “verde” no serviço.. Que a gente não tinha muito manejo, que eu fui pra farmácia e realmente ficava dentro da farmácia, só na dispensação mesmo. Então, eu precisava sair, né? Ter contato com o paciente...*” (F2).

A importância desse profissional para atuar na equipe multiprofissional é representada na narrativa de F1: *O farmacêutico fora dela (farmácia), participando de grupo, participando diretamente em contato com paciente é uma parte muito importante. A gente vê o quanto a gente é importante, o nosso serviço é importante, como também a gente vê que tem necessidade do profissional, né?*”, além das práticas farmacêuticas bem estabelecidas, como pedido e armazenamento de medicamentos, dispensação e mapa de consumo no serviço. Gomes *et al.* (2007), sugerem que a assistência farmacêutica deva ser considerada sob duas vertentes: a primeira relacionada a ações técnico-gerenciais, como ações logísticas relacionadas à gestão do medicamento; farmacovigilância; treinamento de profissionais; educação permanente; e a segunda a ações técnico-assistenciais, como dispensação especializada; seguimento farmacoterapêutico; promoção de informações sobre uso racional de medicamentos; adesão à terapêutica; etc.

O modelo de gestão da saúde do município sofreu algumas mudanças e hoje conta com um convênio entre a prefeitura e uma organização social de saúde. A programação, aquisição (compra), distribuição, armazenamento e dispensação de medicamentos são realizados pela organização social de saúde, o que gerou uma mudança na ponta do serviço farmacêutico, como é percebido pela narrativa de F1: “*Quando eu cheguei aqui eu ficava na farmácia também, na dispensação também. E foi pouquíssimo tempo, questão de um mês. Na época eu aprendi como era a rotina daqui e tudo. Ai foi na época que entrou a organização social de saúde, né? Ai eu tive que vim fazer as atividades aqui fora e a farmácia clínica me aproximou mais do paciente*”. Essa mudança de atribuições lhe trouxe um novo olhar e uma nova percepção sobre a atuação do profissional farmacêutico, “*O papel do farmacêutico mesmo é esse. A gente tem que estar ali acompanhando o paciente.*”.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Identificou-se que as profissionais não possuem uma visão definida de sua atuação frente às ações de promoção à saúde. Elas não se reconhecem como agentes de mudança. É imprescindível que o profissional farmacêutico assuma responsabilidades e se posicione como participante/agente dessas ações, para não ser um reflexo de conceitos e pré-conceitos estabelecidos, por ele e por outros atores, dentro desses serviços de saúde (OLIVEIRA; COELHO; GONDIM, 2012).

Conclusão

Fica evidente que a atuação do farmacêutico na saúde mental infantojuvenil divide-se em ações inerentes a gestão da assistência farmacêutica e participar da equipe multiprofissional da saúde mental. Contudo, não há um reconhecimento do farmacêutico como um profissional de referência na promoção da saúde dos pacientes assistidos. É necessário, portanto, desenvolver a formação do farmacêutico no campo da saúde mental, abordando o papel do profissional na promoção da saúde da população.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Mental. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001.
BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM 336/2002. Disponível em: http://www.bvms.saude.gov/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf. 2002. Acessado em: 10 de setembro de 2011.
CAMARGOS, JR.; NICOLATO, W.R. Características das prescrições no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 58, n. 3, p.195-199, 2009.
GOMES, C.A.P.; FONSECA, A.L.; ROSA, M.B.; MACHADO, M.C.; FASSY, M.F.; SILVA, R.M.C. A assistência farmacêutica na atenção à saúde. Belo Horizonte: FUNED; 2007. 48 p.
OLIVEIRA, Alex Ferreira de; COELHO, Helena Lutécia Luna; GONDIM, Ana Paula Soares. Promoção da saúde: farmacêuticos atuando na atenção primária de saúde. In: CATRIB, Ana Maria Fontenelle; DIAS, Maria Socorro de Araújo; FROTA, Mirna Albuquerque. **Promoção da saúde no contexto da estratégia saúde da família**. Campinas: Saberes, 2012. Cap. 2, p. 11.
SEMINÁRIO NACIONAL SAÚDE MENTAL: OS DESAFIOS DA FORMAÇÃO, 2009, Belo Horizonte. LOBOSQUE, A. M. (ORG). Caderno Saúde Mental. Belo Horizonte: Autêntica, 2010, v. 3, 202 p. Disponível em: http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2011/02/caderno_SM3_Os_desafios_da_formacao.pdf. Acesso em: 10 ago. 2014.
VITIELLO, B. Pharmacoepidemiology and pediatric psychopharmacology research. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, New York, v. 15, p. 10-11, 2005.
ZITO, J.M. American Society of Clinical Psychopharmacology: Pharmacoepidemiology: recent findings and challenges for child and adolescent psychopharmacology. *Journal of Clinical Psychiatry*. Memphis, v. 68, p. 966-967, 2007.

Agradecimentos

Agradecimentos à Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) e ao Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil.

PERCEPÇÃO DOS GOSTOS DOCE E SALGADO E SUA RELAÇÃO COM AS PREFERÊNCIAS ALIMENTARES DE ADOLESCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS DO MUNICÍPIO DE TERESINA -PI

Camila Santos Marreiros – Universidade federal do Piauí Email: kamyllamarreiros@hotmail.com
Kyria Jayanne Clímaco Cruz – Mestre em Alimentos e Nutrição pela Universidade Federal do Piauí (UFPI)
Luana Mota Martins – Mestre em Alimentos e Nutrição pela Universidade Federal do Piauí (UFPI)
Marize Melo dos Santos (Orientador) - Doutora em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); Professora Associada da Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Palavras-chave: Preferência Alimentar, Percepção Sensorial, Adolescentes

Resumo

Este estudo investigou a percepção dos gostos básicos doce e salgado e sua relação com preferências alimentares de adolescentes, de ambos os sexos, de escolas públicas de Teresina. Para tanto, foi aplicado um questionário sobre características pessoais e preferências alimentares. Além da administração de soluções preparadas com água mineral, a 2% e 4% de açúcar refinado para o gosto doce e 0,2% e 0,4% de sal de cozinha para o gosto salgado, para reconhecimento do gosto-intensidade. Os dados foram inseridos no software R, versão 2.15. Para análise foram utilizadas frequências absolutas e relativas, intervalo de confiança de 95%. Para a associação aplicou-se teste qui-quadrado de Pearson ($p < 0,05$). Houve maior número de aprovações no sabor doce quando comparado ao sabor salgado ($p > 0,05$). A maioria dos adolescentes não conseguiu identificar os gostos; dentre os aprovados, a maioria foi do sexo feminino. Na relação entre preferência pelo sabor doce ou salgado e percepção desses gostos não houve significância estatística ($p > 0,05$). Conclui-se que a sensibilidade gustativa aos sabores doce e salgado não apresenta relação com as preferências alimentares dos adolescentes.

Introdução

Os mecanismos que influenciam o comportamento alimentar em humanos são complexos, sendo que aspectos psicológicos, sociais, econômicos e sensoriais desempenham papel decisivo na alimentação¹. Estudos demonstram que a escolha dos alimentos está intimamente relacionada ao gosto e as demais características sensoriais^{2,3}. O conhecimento de tais determinantes do consumo alimentar é uma ferramenta importante para prevenção e mudança de comportamentos de risco¹.

As preferências e aversões alimentares, desenvolvidas durante a infância e adolescência, são determinadas pelas características sensoriais dos alimentos e estão relacionadas às escolhas alimentares durante toda a vida. A análise sensorial tem sido muito utilizada

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

em estudos sobre percepção e comportamento como instrumento de medição da sensibilidade gustativa para avaliar o comportamento alimentar em diversos estados fisiológicos e patológicos^{1,4,5}.

Estudos direcionados ao padrão alimentar dos adolescentes são de suma importância considerando que nesta faixa etária são adotados padrões de dieta que constituem a base do hábito alimentar no futuro. Além disso, neste período, o jovem é muito vulnerável a influências externas, quando se pode constatar que lanches e alimentos industrializados ocupam espaço cada vez maior no aporte calórico diário dos adolescentes. O aspecto mais preocupante deste hábito é o fato de que os lanches não possuem conteúdo nutritivo balanceado, sendo ricos em gorduras saturadas e carboidratos refinados⁶.

A alimentação inadequada, caracterizada pelo consumo excessivo de açúcares simples e gorduras, associada à ingestão insuficiente de frutas e hortaliças, contribui diretamente para o ganho de peso nesse grupo populacional. Sabe-se que existe grande probabilidade de crianças e adolescentes com excesso de peso tornarem-se adultos obesos, somando-se a isto a possibilidade de apresentarem outras enfermidades associadas à obesidade, tais como hipertensão, dislipidemia e diabetes não insulino dependente⁷.

A educação sensorial incentiva os adolescentes a provarem alimentos diferentes e fornece ferramentas para melhor lidar com suas escolhas alimentares, o que contribui para hábitos alimentares mais saudáveis. Sabe-se que a integração escola-comunidade-família pode colaborar com a formação de hábitos alimentares saudáveis, muitas vezes negligenciados pelos pais e responsáveis, em decorrência do estilo de vida contemporâneo.

A percepção do gosto e de como ele pode influenciar nas preferências alimentares de adolescentes vem sendo estudada na tentativa de entender fatores que possam influenciar ou levar a obesidade e hipertensão arterial sistêmica. Assim, o objetivo deste estudo foi investigar a percepção dos gostos básicos doce e salgado e sua relação com preferências alimentares de adolescentes de escolas públicas do município de Teresina - PI.

Metodologia

Estudo descritivo, de corte transversal, com enfoque quantitativo, realizado em escolas públicas do município de Teresina, Piauí. Participaram do estudo adolescentes, na faixa etária entre 10 e 19 anos, de ambos os sexos.

Foram incluídos no estudo aqueles adolescentes que tiveram a aquiescência dos pais e/ou responsáveis expressa em Termo de Assentimento, sendo considerado como perdas do estudo, os adolescentes que não estavam presentes no dia da coleta de dados e aqueles que se recusaram a fazer parte da pesquisa. Foram excluídos os adolescentes presentes que não quiseram participar, por livre vontade, devido a motivos físicos, mentais e ou por falta de compreensão dos instrumentos utilizados. Também foram excluídos os adolescentes tabagistas, resfriados, que estavam a muito ou pouco tempo sem se alimentar e as gestantes, pois estes grupos podem apresentar alterações no paladar.

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de questionário contendo questões sobre características pessoais (nome, idade, sexo) e preferências alimentares.

Para realização do teste de reconhecimento gosto intensidade, foram preparadas soluções com água mineral, nos intervalos de concentração de 2% e 4% de açúcar refinado para o gosto doce e de 0,2% e 0,4% de sal de cozinha para o gosto salgado..

Uma série de soluções padronizadas correspondentes aos gostos doce e salgado foi apresentada aos adolescentes com 02 repetições cada. Foi solicitado que o provador identificasse o gosto e a diferença de intensidade entre as amostras e que as ordenasse em ordem crescente ou decrescente de acordo com o atributo sensorial avaliado. Entre as testagens, os adolescentes lavavam a boca com água. É um teste eliminatório, requer 100% de acerto⁹.

Na avaliação dos testes para este estudo, foram considerados 100% de acerto para cada sabor, doce e salgado. Assim, foi considerado aprovado quem acertou tanto o gosto quanto à intensidade da amostra e reprovado quem errou o gosto, a intensidade ou ambos. Observou-se ainda, quem acertou o gosto, mas errou a intensidade.

Para verificar a preferência alimentar ao gosto doce ou salgado e por alimentos com alto teor de açúcar ou sódio, foi aplicado um questionário de preferências alimentares. Os alimentos analisados quanto a gostar e desgostar foram: brigadeiro, hambúrguer, presunto, refrigerante, pipoca, pizza, biscoito recheado, queijo, pirulito, chiclete, batata frita, feijoada, achocolatado, salgado, salgadinho de pacote, chocolate, biscoito salgado, bolo salgado, bolo de chocolate, linguiça, sorvete, macarrão instantâneo, cachorro quente, mortadela, picolé e leite condensado.

A análise dos dados foi realizada utilizando-se o software R, versão 2.15 e o Excel 2010. Foram utilizadas frequências absolutas e relativas, com intervalo de confiança de 95%, para o estudo dos dados. Para verificar a associação entre as variáveis qualitativas aplicou-se o teste qui-quadrado de Pearson, sendo considerado $p < 0,05$ como diferença significativa.

Resultados e Discussão

Neste estudo foi verificada a relação entre a percepção dos gostos doce e salgado e as preferências alimentares de adolescentes. Um aspecto importante a ser mencionado é que o presente estudo inova ao relacionar os gostos doce e salgado com outra variável que difere do IMC, as preferências alimentares, que apresentam grande influência na formação do hábito alimentar.

Participaram do estudo 250 adolescentes, sendo 52% do sexo masculino. A média de idade dos participantes foi de aproximadamente 13 anos, sendo que 60% tinham de 10-12 anos, 28% de 13-15 anos e 13,4% de 16-19 anos.

A percepção do gosto doce avaliada apresentou maior número de aprovação, quando comparado com a percepção do gosto salgado, no entanto em ambos os casos a desaprovação foi mais expressiva. A incapacidade de identificar o gosto intensidade pode ser atribuída ao consumo exarcebado de alimentos com elevado teor de açúcares e sódio. Assim, a identificação da intensidade do gosto doce pode ser explicada pelo elevado consumo de alimentos adicionados de sacarose e no gosto salgado pelo elevado consumo de sal na população estudada.

No entanto, em estudo semelhante, Santos et al.¹⁰ não observaram nenhum erro para a percepção do gosto doce, sendo o maior erro para a percepção do gosto ácido (29,1%) diferindo significativamente dos demais gostos, seguido dos amargo e salgado, ambos com erro de 11,6%. Sobre este aspecto, a percepção alterada do paladar pode ser consequência de desnutrição, intervenção cirúrgica, envelhecimento, exposição ambiental e medicação, podendo ter impacto negativo na qualidade de vida¹¹.

Quanto à preferência dos adolescentes pelo sabor doce observada neste estudo, este fato pode ser atribuído à formação dos hábitos alimentares, desde a amamentação até a alimentação complementar e posterior influências ambientais. Estes resultados estão de acordo com os encontrados por Graaf e Zandstra¹² que avaliaram o grau de gostar de açúcar em água e limonada em crianças, adolescentes e adultos e observaram diferenças significativas entre as faixas etárias. Os autores concluíram que crianças entre 9 e 10 anos preferem soluções com maior concentração de açúcar em relação a adolescentes de 14 a 16 anos, indicativo da diminuição da preferência por concentrações elevadas de açúcar com a idade.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Neste sentido, estudos com diferentes grupos etários observaram que crianças e adolescentes consomem inúmeros alimentos doces, o que sugeriria a preferência por soluções concentradas em açúcar^{13,14}. Independente da preferência pelo sabor doce ou salgado o aumento do consumo de alimentos com alto teor de açúcar, sódio e gorduras é preocupante, pois estão associados a diversas doenças crônicas não transmissíveis.

É oportuno mencionar que, embora neste estudo não tenha sido observada diferença significativa para sensibilidade ao sabor doce e salgado entre os adolescentes, verifica-se uma tendência das adolescentes apresentarem melhor sensibilidade à percepção de ambos os sabores. Essa mesma situação foi avaliada por Curtis e Contreras¹⁵, mostrando que homens e mulheres diferem em suas preferências. Os autores verificaram uma influência hormonal nestas diferenças, principalmente pela preferência e consumo de alimentos específicos, incluindo alimentos ricos em açúcar, durante o período menstrual.

Quanto à associação entre a sensibilidade gustativa aos sabores doce e salgado e a preferência alimentar, o presente estudo não revelou associação significativa. Um aspecto importante nestes resultados é que independente da preferência pelo sabor doce ou salgado, o número de reprovações pela sensibilidade foi maior que as aprovações. Estes resultados demonstram que existe alteração quanto ao paladar destes adolescentes, fato que pode ter sido influenciado pela alimentação inadequada, ou seja, a presença de alimentos cada vez mais industrializados e menos alimentos naturais.

Neste sentido, Strapasson et al.¹⁶ relataram que a percepção do sabor é um processo que permite a escolha dos alimentos de acordo com suas preferências, sendo este processo seletivo e subjetivo. A subjetividade da percepção do sabor refere-se à realidade individual criada pelo consumidor perante o produto, podendo ocorrer desacordo entre o estímulo emitido pelo ambiente e o percebido pelo consumidor, pode-se tomar como exemplo o fato de os alimentos condimentados ou ácidos terem maior aceitação pelo público adulto que infantil.

Um aspecto importante a ser considerado nesta discussão, é que os adolescentes mencionaram a preferência pelo sabor doce, entretanto, quando expostos a uma lista de alimentos ricos em sódio e açúcar, os alimentos preferencialmente escolhidos foram os salgados. Esses resultados demonstram uma inversão nas atitudes e práticas alimentares.

Os resultados encontrados no presente estudo quanto ao elevado consumo de alimentos com alto teor de sódio e açúcar, estão semelhantes aos verificados por Toral; Slater e Silva¹⁷ que observaram um expressivo percentual de adolescentes com consumo reduzido de frutas e hortaliças e elevado de doces e gorduras.

Embora o tema em foco seja relevante para entender as preferências alimentares e prevenção de escolhas inadequadas, pouco estudos e atuais são encontrados na literatura científica, sobretudo em relação aos pacientes diabéticos e hipertensos, crianças e adolescentes.

Conclusão

Neste estudo, conclui-se que a sensibilidade gustativa aos sabores doce e salgado não apresenta relação com as preferências alimentares dos adolescentes e o sexo.

Os adolescentes têm pouca sensibilidade aos sabores, doce e salgado, o que demonstra alteração no paladar, provavelmente ocasionada por alimentação inadequada, rica em alimentos processados com elevado teor de sódio e sacarose.

Outros estudos são necessários para explorar a relação da sensibilidade gustativa com as preferências alimentares, uma vez que estão diretamente relacionadas às escolhas alimentares e promoção de hábitos saudáveis.

Referências

- Bellisle F. **How and why should we study ingestive behaviors in humans?** Food Qual Prefer. 2009;20(8):539-44.
- Mela DJ. **Determinants of food choice: relationships with obesity and weight control.** Obes Res. 2001;9(Supl. 4):249S-55S.
- Nestle M, Wing RR, Birch L, Disogra L, Drewnowski A, Middleton S, et al. **Behavioral and social influences on food choice.** Nutr Rev. 1998;56(5):50S-64S.
- Mikkilä V, Räsänen L, Raitakari OT, Pietinen P, Viikari J. **Longitudinal changes in diet from childhood into adulthood with respect to risk of cardiovascular diseases: The Cardiovascular risk in young Finns study.** Eur J Clin Nutr. 2004;58(7):1038-45.
- Sclafani A. **Oral and postoral determinants of food reward.** Physiol Behav. 2004;81(5): 773-9.
- Levy RB, Castro IRR, Cardoso LO, Tavares LF, Vasconcelos LM, Gomes SFS, et al. **Consumo e comportamento alimentar entre adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE), 2009.** Cienc Saúde Coletiva. 2010;15(Supl. 2):3085-97.
- Conde WL, Borges C. **O risco de incidência e persistência da obesidade entre adultos brasileiros segundo seu estado nutricional ao final da adolescência.** Rev Bras Epidemiol. 2011;14(1):71-9.
- Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº466/12. Conselho Nacional de Pesquisa com Seres Humanos. Diário Oficial da União. Brasília, 2012.
- Dutcosky SD. **Análise Sensorial de Alimentos.** 2ª ed rev e amp. Curitiba: Champagnat, 2007.
- Santos GG, Silva E. **Percepção dos gostos básicos por acadêmicos do curso de nutrição de uma cidade.** Nutrire. 2011;36(supl.1):67-7.
- Boyce JM, Shone GR. **Effects of ageing on smell and taste.** Postgrad Med J. 2006;82(966):239-41.
- Graaf CD, Zandstra EH. **Sweetness intensity and pleasantness in children, adolescents and adults.** Physiol. Behav. 1999;67(4):513-20.
- Nicklaus S, Boggio V, Chabanet C, Issanchou S. **A prospective study of food preferences in childhood.** Food Qual Pref. 2004;15(7-8):805-18.
- Asao K, Luo W, Herman WH. **Reproducibility of the measurement of sweet taste preferences.** Appetite. 2014;59(3):927-32.
- Curtis KS, Contreras RJ. **Sex differences in electrophysiological and behavioral responses to NaCl taste.** Behav Neurosci. 2006;120(4):917-24.
- Strapasson G, Lopez AC, Bosso T, Santos D, Mulinari RA, Willi G, et al. **Percepção de Sabor: Uma revisão.** Visão Acadêmica. 2011;12(1):65-73.
- Toral N, Slater B, Silva MV. **Consumo alimentar e excesso de peso de adolescentes de Piracicaba.** Rev Nutr. 2007;20(5):449-59.

Agradecimentos

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Deixo expressos meus sinceros agradecimentos a minha orientadora professora Marize Melo dos Santos pelo incentivo ao desenvolvimento deste trabalho e pelas valiosas discussões e sugestões no decorrer do trabalho, às escolas pela receptividade e aos alunos por aceitarem participar do trabalho. Sem a colaboração destes o presente trabalho teria sido impossível.

PERCEPÇÃO DOS PROFESSORES DE UM CURSO DE NUTRIÇÃO SOBRE A INTERAÇÃO ENSINO-SERVIÇO

Álvaro Magalhães Cavalcante Pereira (apresentador) – UECE e alvaromcp_@hotmail.com

Raquel Simões Monteiro Alves – UECE

Letícia Bastos Conrado – UECE

Leylyanne Alexandre Freitas de Vasconcelos – UECE

Alessandra Karla Oliveira Amorim – UECE

Maria Marlene Marques Ávila (Orientadora) – UECE

Palavras-chave: Percepção. Docentes. Ensino. Sistema Único de Saúde.

Resumo

Este trabalho propõe analisar a percepção de docentes do curso de Nutrição da Universidade Estadual do Ceará a respeito do eixo integração ensino-serviço. Foram informantes desta pesquisa 10 docentes do curso de Nutrição da UECE, entrevistados individualmente com um roteiro semiestruturado. As entrevistas foram gravadas, transcritas, sistematizadas e categorizadas a partir de duas categorias analíticas: 1) “Aprender fazendo e com sentido crítico na análise da prática clínica” e 2) “O eixo do aprendizado deve ser a própria atividade dos serviços”. Como resultados, na categoria 1, discute-se a rigidez do regime seriado ofertado pelo curso, por esse dificultar a realização de atividades não obrigatórias e que associem teoria e prática, que são de fundamental importância na formação do estudante. Além disso, percebe-se um consenso entre os professores quanto à necessidade de um papel mais ativo da universidade quanto à educação permanente em relação aos profissionais do serviço. Já na categoria 2, discute-se a importância do processo formativo ter como base o serviço de saúde, uma vez que o distanciamento entre ensino e serviço repercute negativamente em toda a Rede de Atenção à Saúde.

Introdução

A partir do reconhecimento da saúde como direito universal a ser assegurado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988, o Brasil tem enfrentado vários desafios no caminho dessa conquista, fruto do movimento pela Reforma Sanitária, entre estes

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

destacam-se: a descentralização, o financiamento, o controle social e os recursos humanos. Para cada obstáculo há que se reconhecer os segmentos envolvidos para a superação e o papel a ser desempenhado, podendo-se destacar, na questão dos recursos humanos, a relevância da formação profissional (BRASIL, 1988).

Ceccim e Feuerwerker (2004:42) evidenciam que muitas têm sido as iniciativas de estímulo à realização de mudanças, no que concerne à formação dos profissionais de nível superior, no entanto, tem se perpetuado nas instituições formadoras modelos “essencialmente conservadores”. Conforme estes autores, o SUS tem sido efetivo ao reconhecer a necessidade de mudanças no modelo formador, apontando para a necessidade premente de formar profissionais de saúde com novos perfis, reorientando a formação para o SUS, de modo a melhor qualificar a gestão e do controle social, mas até agora isto não tem se traduzido na mudança efetiva dos processos formativos.

Entre as iniciativas do Ministério da Saúde juntamente com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e em parceria com o Ministério da Educação, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) e apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), destaca-se o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), que tem como objetivo integrar ensino-serviço, reorientando a formação profissional por meio de uma abordagem integral do processo saúde-doença, enfatizando a atenção primária em saúde (APS). Para participar do Pró-Saúde é condição necessária que o projeto de reorientação da formação integre a Instituição de Ensino Superior (IES) e o serviço de saúde e que seja estruturado a partir de três eixos de transformação: Orientação teórica, Cenários de prática e Orientação pedagógica (BRASIL, 2007).

O Pró-Saúde é um exemplo de política de inclusão social executada pelo Governo Federal nas áreas de Educação e Saúde e representa um sólido esforço para a substituição do modelo tradicional de organização do cuidado em saúde, historicamente focado na doença e no atendimento hospitalar. Para isso diversas estratégias de fomento à mudança das práticas hegemônicas em saúde foram disparadas com o objetivo de canalizar transformações, por exemplo a mudança do modelo técnico-assistencial (BRASIL, 2009a).

A Universidade Estadual do Ceará (UECE) foi contemplada com recursos do Pró-Saúde II em 2009 e 2012. Participam do programa os cursos de medicina, enfermagem, nutrição, serviço social, psicologia, medicina veterinária e educação física, cujas ações se concretizam por meio do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pró-PET-Saúde).

Articulado ao Pró-Saúde, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, o PET-SAÚDE (BRASIL, 2009b), caracteriza-se, por um lado, como instrumento de qualificação em serviço dos profissionais de saúde, os quais atuam como preceptores no âmbito da Estratégia Saúde da Família, por outro, propicia aos estudantes dos cursos de graduação, iniciação ao trabalho e vivência, por meio da inserção no serviço em conformidade com as necessidades do SUS; e ainda, aos professores, que atuam como tutores e coordenadores do PET, aliar a teoria e a prática, favorecendo a produção de conhecimento e pesquisa na Academia que favoreçam o aperfeiçoamento do sistema, principalmente no primeiro nível de atenção.

Em Fortaleza, as ações do PET-Saúde inicialmente foram realizadas em parceria com o Sistema Municipal Saúde Escola (SMSE), atualmente denominado Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde que se apresenta como espaço de concertação entre o serviço e a academia na busca de tais transformações, atribuindo aos profissionais da rede, o papel de participar da formação. Ao se constituir como um espaço concreto de discussão sobre os processos de mudança da formação de profissionais de saúde, conforme as necessidades de saúde da sociedade, do qual participam gestores, profissionais de saúde, usuários e instituições de ensino, temos pela primeira vez no cenário local a possibilidade do envolvimento de todos os segmentos que de alguma forma integram ou contribuem para as atividades rotineiras do serviço de saúde. Isso é essencial para uma estratégia de mudança que concebe a prática como processo de aprendizagem durante o qual saberes são (re) construídos e práticas (re) pensadas (Barreto et al., 2006).

Na UECE são dois, os aspectos mais bem avaliados por estudantes e professores integrantes do PET-Saúde, o primeiro é a inserção precoce no território, evidenciando que a ampliação dos cenários de prática, da produção do conhecimento ao longo do processo formativo, além da utilização de metodologias participativas favorecem a construção dos conhecimentos subsidiados pelo liame teoria/prática; o segundo é a interdisciplinaridade, propiciadora da troca de saberes e da compreensão ampliada de saúde e de seus determinantes sociais (PEREIRA, 2012; BORGES, 2011).

Neste contexto, foi objetivo deste estudo analisar as percepções dos professores sobre a integração ensino-serviço no curso de Nutrição da UECE, na perspectiva do eixo Cenários de Prática do Pró-Saúde, o qual é composto pelos vetores: Utilização de processos de aprendizado ativo (nos moldes da educação de adultos); Aprender fazendo e com sentido crítico na análise da prática clínica; O eixo do aprendizado deve ser a própria atividade dos serviços; Ênfase no aprendizado baseado na solução de problemas, e Avaliação formativa e somativa. Dentre esses, foram abordados: Aprender fazendo e com sentido crítico na análise da prática clínica; O eixo do aprendizado deve ser a própria atividade dos serviços.

Metodologia

Este estudo se constitui num recorte da pesquisa “Avaliação da formação de profissionais de saúde de nível superior pelas universidades públicas em Fortaleza-CE” que objetiva avaliar os cursos de graduação da área de saúde com ênfase na formação para atuação na APS. Referida pesquisa recebeu o financiamento do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS) e envolve as duas universidades públicas de Fortaleza/CE: Universidade Federal do Ceará (UFC) e Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Neste recorte, o cenário do estudo foi o Curso de Graduação em Nutrição da Universidade Estadual do Ceará. A pesquisa foi realizada no período de novembro de 2013 a agosto de 2014. Foram sujeitos da pesquisa os docentes, inclusive os coordenadores do curso e os professores componentes do Núcleo Docente Estruturante (NDE). Foram entrevistados professores, apenas não foram entrevistados aqueles que se encontravam afastados, em licença médica ou para fazer a pós-graduação em outros estados/países no período da pesquisa.

Inicialmente foi contactada a coordenação do curso para divulgação do estudo e solicitação de colaboração. A seguir o projeto foi apresentado na reunião do Colegiado do Curso de Nutrição, quando novamente foi solicitada a colaboração dos professores.

Os docentes foram entrevistados individualmente por meio de um roteiro semiestruturado, sendo o registro das entrevistas feito por meio da gravação de voz. Após a transcrição, as respostas foram sistematizadas e categorizadas a partir das categorias analíticas: Formação em serviço e Interação Ensino/serviço.

Atualmente o estudo maior se encontra na fase de transcrições das entrevistas. Neste recorte apresentamos os resultados sobre a percepção em relação à integração ensino/serviço referentes a dez entrevistas dos docentes já transcritas.

Para a análise, a partir do cenário de práticas do curso, consideramos os vetores “Aprender fazendo e com sentido crítico na análise da prática clínica” e “O eixo do aprendizado deve ser a própria atividade dos serviços” como categorias de análise.

Cumprindo as normas éticas, a pesquisa foi apreciada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UECE, sendo aprovada pelo Parecer CEP/UECE No. 388.536 de 9/9/13.

Resultados e Discussão

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Categoria “Aprender fazendo e com sentido crítico na análise da prática clínica”

O Curso de Nutrição da UECE segue o regime seriado no qual a realização integral das disciplinas do semestre consequente depende da realização integral das disciplinas do semestre antecedente (UECE, 2010). Uma desvantagem desse regime é o pouco tempo disponível para os estudantes realizarem atividades que aliem a prática à teoria, a exemplo de estágios, participação em projetos de extensão e outras atividades que possibilitem aliar ensino/serviço.

Alguns depoimentos dos professores apontam esse aspecto como um fator limitante da formação, cuja tentativa de superação é realizada pela oferta de atividades práticas pontuais em algumas disciplinas.

[...] eu não sei se elas dão conta porque a demanda (de disciplinas) é muito grande e até o próprio currículo do curso de Nutrição não permite que ele tenha essa vivência extracurricular. Tanto é que quando o aluno sai do seu semestre, quebra o seu semestre querendo ter uma experiência antes de se formar, ele automaticamente deixa de ser um aluno regular e passa a ser um aluno irregular, o que não é. É um aluno que tá procurando cada vez mais se aprofundar, pra quando chegar o momento de atuar, ele atuar com mais qualidade, com mais segurança. Então eu acredito que poderia ter vários estágios em todas as áreas, mesmo assim nas disciplinas mesmo, cada professor proporcionar uma prática, alguma coisa relacionado à sua disciplina (P_10092905).

Colliselli et. al.(2009) considera que a interação entre universidades, serviços de saúde e comunidades é indispensável para que ocorra a inserção do estudante no cotidiano de trabalho dos serviços e na comunidade, destacando a importância dos estágios curriculares supervisionados para essa inserção.

O Estágio curricular, realizado nos dois últimos semestres do curso é a única atividade prática obrigatória prevista no currículo, no entanto há algumas restrições feitas pelos docentes, em relação ao preparo dos profissionais do serviço para contribuir na formação dos futuros nutricionistas, sendo um consenso entre os mesmos que a universidade deveria assumir seu papel na perspectiva da educação permanente em relação aos profissionais do serviço:

A gente sente muito no estágio curricular, às vezes no extracurricular, porque às vezes o profissional não tem aquela dedicação de ir lá, querer ensinar, a motivação da docência. Eu acho que isso é uma responsabilidade da universidade que a gente não teria nada a vê. Então acho que os principais fatores limitantes são a disponibilidade do serviço realmente. A universidade podia contribuir mais com o serviço até vendo as atualizações. Porque às vezes quem tá lá tem até receio de receber o aluno. O aluno vem com tudo tão novo e muitas vezes ele (o profissional) se formou há tanto tempo, ele não teve tempo suficiente ou não teve interesse, não vem ao caso agora, mas ele não teve como buscar atualização e às vezes ele não recebe o aluno primeiro porque ele tem receio de mostrar uma fragilidade do serviço. Isso pode acontecer. Então a universidade poderia atuar ajudando nessa atualização profissional [...] isso seria uma maneira de dá um retorno(P_10101202).

Categoria “O eixo do aprendizado deve ser a própria atividade dos serviços”

Conforme o Pró-Saúde, a articulação entre as IES e o serviço potencializa a prestação de serviços conforme as necessidades da população mediante a formação de recursos humanos e a produção do conhecimento visando o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009), o que pressupõe o processo formativo dos futuros profissionais e a educação permanente dos profissionais do serviço.

Por sua vez, o Curso de Nutrição prevê em sua estrutura habilidades e competências só passíveis de serem desenvolvidas por meio da interação teórico-prática (UECE, 2010), o que na percepção dos docentes é algo ainda não alcançado:

[...] acho que tem que melhorar. Eu acredito que precisaria ter reuniões periódicas com essas instituições parceiras. Sabe? Pra traçar metas. Criar uma política com essas instituições parceiras. Uma política de parceria e colaboração entre a universidade e essas instituições. Porque aí haveria mais um envolvimento, uma conscientização maior também da instituição quanto à formação do profissional. Porque muitas vezes não é bem percebido por alguns profissionais que estão na instituição. É percebido como “ah vou trabalhar mais com esse aluno aqui, ele veio pra trabalhar”. “Vão me pagar?” Eu já ouvi isso quando eu fui supervisora também de estágio, aí “(...) a gente não recebe nada, a gente tem tanto trabalho com esses alunos”. (P_10102002).

[...] os alunos faziam as visitas, que representam mais ou menos 20%(da disciplina ministrada), mas até isso eu ainda não considero muito prática, porque também é muito pouco pro aluno acaba que ele chega de visita, ele faz muito mais é observar do que mesmo se inserir nessa realidade. E outra coisa também, o aluno... eles não abrem tudo pro aluno, nem pro estágio curricular, a gente percebe que as coisas se fecham um pouco, o aluno não tem... ele como ele não sabe, ele pensa que aquilo ali tá certo, a melhor maravilha do mundo. Mas a gente que é professor, a gente percebe que muita coisa é feita e ele (aluno) não tomou nem conhecimento [...]se a gente tivesse, como a nossa pretensão a vida toda foi ter um restaurante escola dentro da universidade, aí na hora que vem a proposta do RU, que poderia ser esse restaurante escola, nosso aluno está lá dentro aprendendo e tudo, o espaço é mínimo. Não tem condição. Até a minha disciplina poderia funcionar muita coisa ele vendo lá uma gestão acontecendo, a técnica dietética poderia ser toda lá, vendo fazer os cortes, as coisas acontecendo e ele inserir... mas não tem espaço né. Uma visita que a gente vai fazer, tem que dividir a turma e o nutricionista ainda pede pra ir muito cedo pra passar no máximo 2 horas lá dentro, porque senão atrapalha. Como é que isso poderia dar certo? (P_1010270).

Essa lacuna representa uma deficiência no processo formativo com repercussão em todos os segmentos envolvidos, uma vez que os serviços de saúde, enquanto espaços que propiciam o diálogo entre o trabalho e a educação, possibilitam aos estudantes a percepção acerca do outro no cotidiano do cuidado, configurando-se como espaços de cidadania em que trabalhadores de saúde, docentes, usuários e estudantes estabelecem “seus papéis sociais na confluência de seus saberes, modos de ser e de ver o mundo” (ALBUQUERQUE et al., 2008, p. 358).

Conclusão

Percebe-se, pelo relato dos professores, que o curso de Nutrição ainda apresenta uma série de dificuldades com o eixo Cenários de Prática do Pró-Saúde, a começar pela maneira como o PPP está desenhado. A conformação em regime seriado representa um obstáculo a uma formação mais ampla na qual o estudante compreende melhor os determinantes do processo saúde-doença. Os docentes também

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

fazem referência à importância da proximidade da universidade com os profissionais do serviço, favorecendo, assim, o processo de educação permanente neste segmento e a integração do ensino-serviço.

Referências

ALBUQUERQUE, V. S.; GOMES, A. P.; REZENDE, C. H. A.; SAMPAIO, M. X.; DIAS, O. V.; LUGARINHO, R.M. A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 357 v. 32, n. 3, p. 356 – 362, 2008.

BARRETO, I. C. H. C.; ANDRADE, L. O. M.; LOIOLA, F. et al. Educação Permanente e a Construção de Sistemas Municipais de Saúde Escola: o caso de Fortaleza-Ceará-Brasil. Divulgação em Saúde para debate, **Revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde**, Rio de Janeiro, n. 34, p. 31-46, 2006.

BORGES, R. de. P. **A contribuição do projeto de extensão Liga de Saúde da Família na formação profissional: a visão dos estudantes de Enfermagem, Medicina, Nutrição e Serviço Social da UECE**. 2011. 59f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Universidade Estadual do Ceará. Ceará. 2011.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

_____. Ministério da Saúde/ Ministério da Educação. **Programa de reorientação da formação profissional em saúde- Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde (Pró-Saúde)**. Brasília, 2009a. Disponível em: <<http://www.prosaude.org/not/prosaude-maio2009/proSaude.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2014.

_____. **Diário Oficial da União**. Nº 178, quinta-feira, 17 de setembro de 2009. Seção 3. Brasília: Imprensa Nacional, 2009b. Disponível em: <<http://www.prosaude.org/legislacao/pet-saude-editalSet2009/edital-18-selecao2010-2011-de16set2009.pdf>> Acesso em 1 jul. 2014.

CECCIM, RB.; FEUERWERKER, LCM. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004.

COLLISELLI, L.; TOMBINI, L. H. T.; LEBAL, M. E.; REIBNITZ, K. S. Estágio curricular supervisionado: diversificando cenários e fortalecendo a interação ensino-serviço. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 6, p. 932-7, nov-dez 2009.

PEREIRA, A.M.C. **A percepção dos estudantes de nutrição e docentes tutores na contribuição do Pet-Saúde na formação profissional na Universidade Estadual do Ceará**. 2012. 67f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Universidade Estadual do Ceará. Ceará. 2012.

UECE. **Projeto Político-Pedagógico Curso de Nutrição**. 2010.

Agradecimentos

À Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde (PPSUS/REDE-MS/CNPQ/FUNCAP/CESA), por oportunizar a realização da pesquisa mediante o financiamento pela Chamada Pública 03/2012.

PERCEPÇÃO E SENTIMENTOS SOBRE A GRAVIDEZ: OFICINA DAS SENSações

Layanne Maria Araújo Farias – Universidade Estadual Vale do Acaraú – layaneipu@hotmail.com

Geane Sales Bezerra – Universidade Estadual Vale do Acaraú

Suênia Évelyn Simplício Teixeira – Universidade Estadual Vale do Acaraú

Eliany Nazaré Oliveira – Universidade Estadual Vale do Acaraú

Ana Cláudia Costa de Sampaio – Universidade Estadual Vale do Acaraú

Átilla Maria Albuquerque Machado – Universidade Estadual Vale do Acaraú

Palavras-chave: Rede Cegonha. Gestação. Percepção. Sentimentos.

Resumo

Este estudo objetivou compreender a percepção de gestantes em relação aos sentimentos conseqüentes da gestação através de uma oficina realizada em um grupo de gestantes. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido em um Centro de Saúde da Família, em Sobral, Ceará, Brasil, no período de abril de 2014. Utilizaram-se a observação incorporada, roda de conversa e objetos para despertar sentimentos nas gestantes. O estudo demonstrou a importância do grupo de gestantes para apoiar e facilitar nas dúvidas e anseios de gestantes, principalmente mães de primeira viagem, além de ressaltar a importância do Programa de Educação pelo Trabalho – PET Saúde - na inserção dos acadêmicos nos serviços de saúde a fim de presenciarem e facilitarem fatos deste cenário.

Introdução

A Universidade Estadual Vale do Acaraú em Parceria com a Secretaria de Saúde de Sobral, vem desenvolvendo o Programa de Educação pelo Trabalho – PET/Redes de Atenção   Saúde 2013/2015. Tal projeto encontra-se com quatro redes de atenção aprovadas (Rede de cuidados   pessoa com deficiência, rede cegonha, rede de atenção às urgências e emergências e rede de atenção psicossocial: priorizando o enfrentamento do álcool, crack e outras drogas), na qual o principal objetivo é promover grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da saúde, passando a conta com uma assistência integral de monitores pertencentes à Universidade, sendo os mesmos

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

acadêmicos do curso de Enfermagem e do curso de Educação Física, onde todos estes integrantes tem a ajuda dos seus preceptores e tutores para o desenvolvimento de intervenções. A Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar a mulher o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar a criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudável. A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência tem como objetivo proteger a saúde da pessoa com deficiência; reabilitar sua capacidade funcional e desempenho humano, contribuindo para a sua inclusão em todas as esferas da vida social e prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências (BRASIL, 2009). Desta forma todas as ações desenvolvidas buscam promover uma maior integração nos serviços de saúde, tendo uma atenção contínua, integral e de qualidade, buscando assim aprimorar os processos de cuidados que integram as redes propostas. Sendo assim a Universidade Estadual Vale do Acaraú, configura-se como um excelente cenário para desenvolvimento do ensino, extensão e pesquisa dentro de uma perspectiva real para o atendimento às necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde-SUS. Já para os estudantes, esta oportunidade é vista como algo singular, pois os mesmos são inseridos nos serviços de saúde e vivenciam os fatos do cotidiano, o que possibilita a criação de habilidades e competências para o desenvolvimento de práticas neste cenário. No concerne à Rede Cegonha, percebe-se que a gestação é um momento de grandes transformações, especialmente para as mães primíparas. Ao ser mãe, muitas são as mudanças que se apresentam à mulher em termos físicos, psicológicos, familiares e sociais (Klaus, Kennel & Klaus, 2000). Tudo isto passa a estar associado a inúmeros sentimentos que povoam o mundo psíquico das gestantes. O apoio as gestantes é fundamental, pois, pode servir para a redução de estresse e alívio das tensões e para aumentar os sentimentos de segurança da gestante (BRASIL, 2006). Nesta perspectiva, surge o grupo de gestantes como uma ferramenta que possibilita o intercâmbio de experiências e conhecimentos, por isso é considerado a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação e informações sobre as diferentes vivências que devem ser compartilhadas entre as mulheres e os profissionais de saúde. Nesse sentido, o PET - Rede Cegonha juntamente com a Rede de deficiência se uniram de forma interdisciplinar para formar um elo entre os serviços de saúde, realizando assim esta intervenção de forma a contribuir com a promoção de ações em educação em saúde materna e infantil.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido com um grupo de gestantes de um Centro de Saúde da Família do bairro Sumaré, na cidade de Sobral, Ceará, durante o mês de abril de 2014. Os grupos de gestantes que ocorrem na Estratégia Saúde da Família do bairro Sumaré têm a finalidade de mobilizar as mulheres em período gestacional a presenciarem uma sequência de temas a serem abordados e que atendam às suas necessidades como mulher e mãe. Os encontros acontecem no posto de saúde do bairro, quinzenalmente, no turno vespertino, a partir de um cronograma relativo aos temas e facilitadores de cada reunião. O grupo tem duração de aproximadamente 4 meses, em um total de 12 encontros. Como facilitadores do grupo temos a equipe multiprofissional da ESF e Residência, além dos monitores PET – Rede Cegonha e acadêmicos internos. Os instrumentos utilizados foram a observação incorporada, roda de conversa e objetos que tiveram a finalidade de despertar sentimentos nas participantes do grupo em relação à gravidez e o que representava para cada uma delas. Os momentos de observação incorporada se utilizam principalmente da compreensão dos sujeitos em estudo para com o ambiente, a fim de despertar sentimentos, sensações e emoções durante as vivências e contribui para um melhor entendimento da experiência proposta além de gerar melhores resultados para a atuação profissional. As ações ocorreram por meio de oficina, composta por três momentos. O presente estudo respeita os princípios bioéticos preconizados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e Discussão

Participaram da ação 20 gestantes, em sua maioria encontravam-se no primeiro trimestre da gravidez. Iniciamos esta ação com um acolhimento, em que as gestantes tiveram a oportunidade de conhecerem umas às outras assim como os facilitadores (equipe multiprofissional do CSF e monitores e preceptores do PET – Rede Cegonha e Rede de Deficiência). No segundo momento as gestantes foram indagadas sobre os aspectos voltados a gestação, sua relação com o companheiro e com os familiares, a reação destes frente à gestação e as expectativas das gestantes com relação ao bebê e à maternidade. No terceiro momento seus olhos foram vendados e cada gestante passou por cinco fases e em cada fase um sentido foi estimulado a fim de despertar algum sentimento que deveria ser relatado para o grupo. As fases para o tato foram: a percepção de uma seringa, a barriga de uma gestante aos sete meses e uma roupinha de bebê. Para o olfato: o cheiro do leite materno. O estímulo para a audição foi: o som dos batimentos cardio-fetais e o choro infantil. As gestantes mostraram-se admiradas e emocionadas, inclusive aquelas que já tinham passado pela experiência da gestação. Algumas demonstraram medo e preferiram testar os sentidos sem a venda nos olhos. A oficina das sensações se configurou como uma abordagem diferenciada que despertou sentimentos até nas próprias facilitadoras do encontro. Logo, a partir do auxílio dos monitores da Rede de Deficiência, estes também puderam enriquecer ainda mais o momento, no qual contribuíram levando a promoção de hábitos saudáveis e prevenção de possíveis deficiências. De acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (2010) as principais causas desta ocorrência são geradas por dois tipos: as hereditárias, onde podem ser evitadas em partes com exames pré-natais específicos e serviços de aconselhamento genético ao casal, e o tipo decorrente da falta de uma assistência de qualidade às mulheres durante o período gestacional, parto e pós-parto. Foram explanadas as principais causas de deficiência geradas a partir do período gravídico e esta abordagem foi essencial uma vez que a maioria das gestantes estava no início da gravidez e é nesta fase que ocorrem as mudanças e uma maior predisposição a fatores de risco de infecções e mutações gênicas que podem levar às diversas deficiências. Podemos enfatizar a importância das consultas pré-natais, uma vez que são nesses momentos em que as gestantes são avaliadas minuciosamente pelos profissionais da área da saúde, bem como todo aparato, suporte e apoio necessários para que haja um melhor desenvolvimento do binômio mãe e filho. Diante do exposto, apesar das maneiras distintas que algumas mães se impuseram durante a dinâmica, as participantes chegaram a um consenso onde isto pode ser evitado de acordo com mudanças nos hábitos comportamentais e adotar medidas preventivas como prioridade. Mesmo sendo um momento difícil a descoberta de alguma anormalidade fetal durante este período, julgaram que uma maior afetividade com os profissionais de saúde é essencial, independentemente de ser um problema físico, mental ou até mesmo espiritual. Sabe-se que nem sempre a experiência de carregar um bebê durante longas e aproximadas 40 semanas é prazerosa, mas no grupo de gestantes, este também é nosso papel, reverter a impressão errônea que algumas mulheres têm de que a gestação é somente algo trabalhoso, cansativo e que causa dor ou mudanças sem beleza e mostrar que também é um período de felicidade, o tempo em que uma nova vida está sendo gerada, precisando de muito amor e carinho ainda no interior do ventre materno.

Conclusão

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Durante estas atividades podemos observar que algumas gestantes possuem seus sentimentos reprimidos, buscando apoio emocional, tanto com profissionais de saúde como com familiares ou amigos, sendo estes, fontes de apoio às suas demandas emocionais. Observou-se também que as primigestas eram bastante curiosas em relação às surpresas advindas de uma gravidez, como o crescimento da barriga e a apojadura do leite. Isto permitiu com que as gestantes tivessem um novo olhar para todas essas fases das quais estavam passando e as novas que viriam em seu papel de mãe. A roda de conversa torna-se significativa para os relatos das gestantes e para a troca de experiências entre elas, oportunizando a grande satisfação de ver e sentir que esse momento trouxe bons sentimentos e conhecimentos para que as mães sintam-se confiantes em si mesmas e também nos profissionais de saúde. É fundamental ressaltar a importância do PET, onde a Rede Cegonha e Rede de Deficiência de forma conjunta trocaram experiências bastante produtivas, conseguindo abordar temáticas com a finalidade de satisfazer objetivos comuns. Isto também permitiu que estas redes saíssem de suas experiências fechadas e fossem partilhar entre si suas visões e maneiras de como levar uma melhor qualidade de vida para a população. Desta forma, colaboramos para o nosso crescimento acadêmico e formação profissional e pudemos adquirir mais segurança ao lidar com a comunidade carente e tão precária de conhecimentos, além de encontrar meios didáticos e diversificados que nos ajudassem na compreensão dos temas por parte das gestantes.

Referências

Bracco Neto, H., & Taddei, J. A. C. Mudança de conhecimento de gestantes em aleitamento materno através de atividade educacional. **Revista Paulista de Pediatria**, 2000.18(1),7-14.

BRASIL. Ministério da Saúde **Manual técnico: Pré-natal e puerpério, atenção qualificada e humanizada**. Série direitos sexuais e direitos reprodutivos. Caderno 5. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**, 2010. P.24.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 36 p.

Klaus, M. H., Kennel, J. H., & Klaus, P. H. **Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

Agradecimentos

Primeiramente a Deus, pela vida e por todas as oportunidades que nos foram dadas ao longo de nossa trajetória. Aos nossos pais, por acreditarem em um futuro melhor para seus filhos através do estudo e nos amparar e proteger nas situações difíceis e desafios da vida. Aos professores, pela orientação, apoio e empenho dedicado na elaboração deste trabalho. A orientadora e preceptores pelo suporte, incentivo e atenção no desenvolvimento das ações do PET Saúde Redes de Atenção. Aos colegas monitores pelo companheirismo e trabalho em equipe. A Universidade Estadual Vale do Acaraú, seu corpo docente, direção e administração que oportunizam uma janela da qual vislumbramos um horizonte superior, contagiada pela pureza da confiança no mérito e ética nela presentes.

PERCEPÇÃO PATERNA SOBRE O GANHO PONDERAL DO FILHO NASCIDO PREMATURO DE MUITO BAIXO PESO.

Kellyanne Abreu Silva - Instituto de Teologia Aplicada (INTA) kellyanneabreu@gmail.com
Regina Célia Carvalho da Silva- Universidade Federal do Ceará (UFC)
Dayse Paixão e Vasconcelos- Universidade Federal do Ceará (UFC)
Ana Eduarda Melo Queiroz - Universidade Estadual Vale do Acaraú (UEVA)
Marcos Tadeu Ellery Frota – Universidade Federal do Ceará (UFC)
Márcia Maria Tavares Machado – Universidade Federal do Ceará (UFC)
Palavras-chave: Prematuro. Pai. Peso Corporal. Crescimento.

Resumo

A prematuridade o baixo peso ao nascer comprometem a sobrevivência dos recém-nascidos. A nutrição deste grupo não dispõe de consenso sobre as exatas necessidades nutricionais, porém esta é considerada um desafio aos profissionais de saúde e à família. O crescimento adequado dependerá da nutrição ofertada. Este estudo objetivou conhecer a percepção paterna sobre o ganho ponderal do filho nascido prematuro de muito baixo peso. Com abordagem qualitativa. Foi realizado na cidade de Sobral-CE. Participaram nove pais que tiveram os filhos nascidos nos anos de 2011 e 2012, que residiam em territórios da Estratégia de Saúde da Família e coabitavam com a mãe e a criança. A coleta de informações foi no período de agosto a novembro de 2013. Foram feitas nove entrevistas semi-estruturadas. As informações foram transcritas, categorizadas e submetidas à análise do discurso. Os pais introjetaram em sua rotina diária acompanhar o ganho de peso do filho. A informação de quantas gramas o RN estava pesando tornou-se indispensável em cada dia da internação. A aceitação da alimentação era percebida como boa recuperação da saúde. A perda de peso e sua estabilidade representavam tristeza e frustração e todo ganho era comemorado por representar melhora clínica e proximidade da alta hospitalar. A prática de vigilância do peso transcendeu o hospital e foi feita em domicílio por alguns pais. A boa relação pai e mãe foi refletida na participação paterna no acompanhamento do filho. Os pais empenham-se em monitorar o ganho de peso por relacioná-lo com a sobrevivência e saúde do filho.

Introdução

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

O *status* de problema de saúde pública conferido à prematuridade decorre da sua relação com a maior morbidade na infância. As autoras destacam que a morbimortalidade têm forte tendência a acentuar-se com a diminuição do peso ao nascer e, mais significativamente, com a redução do período gestacional (VIEIRA; MELO, 2009).

O nascimento antecipado e sua relação com vulnerabilidade à morte e/ou a doenças, põe em enfoque a nutrição do prematuro (PMT) de muito baixo peso (MBP), que tem por objetivo precípua atingir uma velocidade de crescimento semelhante à intrauterina. É um tema de muitos estudos, em razão de sua importância e complexidade envolvidas (LOPEZ; SILVA, 2012). Registra-se a ausência de um consenso que estabeleça com exatidão as necessidades nutritivas do grupo (ASKIN, 2011). A ideia é de que sejam maiores do que as de crianças nascidas a termo, em virtude da recuperação de uma deficiência prévia no crescimento (SILVEIRA, 2012). Várias estratégias já foram utilizadas para tentar determinar as necessidades nutricionais dos RN PMT, que variam com o tipo de doença e estresse metabólico apresentado (BRASIL, 2011).

A importância da nutrição adequada para a sobrevivência, o crescimento e o desenvolvimento dos RN é tão grande a ponto de ser reconhecida como emergência neonatal (BRASIL, 2011). Tavares e Rego (2010) denominam ser uma urgência nutricional em razão da pouca reserva nutricional destes. Oliveira, Siqueira e Abreu (2008) enfatizam o contínuo desafio para os responsáveis pela nutrição PMT de MBPN em alimentá-lo e que consequências nutricionais e metabólicas decorrentes das deficiências são significativas, levam a alterações em curto e longo prazo, tais como repercussão no desenvolvimento cerebral, défices de aprendizado e de memória. Objetivou-se com este estudo conhecer a percepção paterna sobre o ganho ponderal do filho nascido prematuro de muito baixo peso.

Metodologia

Este estudo representa um recorte de uma dissertação de mestrado, que foi estratificada de uma pesquisa ampla apoiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - Edital N.º 14/2011, intitulada “Prematuridade e muito baixo peso ao nascer: avaliação das práticas alimentares e cuidados maternos pós-alta hospitalar, Nordeste do Brasil”. Adotou-se a abordagem qualitativa. A cidade de Sobral foi o local de realização no período de agosto a novembro de 2013. Participaram nove pais de crianças prematuras com muito baixo peso, nascidas nos anos de 2011 e 2012, em que Sobral foi o município de origem e nascimento e, no momento da realização do estudo, residiam em territórios de cobertura pela Estratégia de Saúde da Família. Associado a estas características, utilizou-se como critério de inclusão a coabitação do pai com a mãe e a criança ter idade mínima de nove meses para abordagem da alimentação complementar. Para definição do número de participantes aplicou-se o princípio da saturação teórica. A partir da base de dados municipal do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) obteve-se o peso e idade gestacional ao nascer, nome da mãe e endereço, para localização do domicílio. Os Centros de Saúde da Família propiciaram a primeira visita sob companhia do Agente Comunitário de Saúde. As informações foram coletadas a partir de uma entrevista semi-estruturada. No contato inicial, o dia de cada entrevista foi agendado conforme disponibilidade do participante. Foi realizada em cada domicílio. Utilizou-se gravador de voz com permissão prévia. As gravações tiveram audição repetida, transcrição, elaboração de categorias temáticas e posterior submissão à análise do discurso. Respeitou-se os princípios éticos de pesquisas envolvendo seres humanos, registro CAAE n.º: 14489113.9.0000.5054 sob Parecer n.º: 422.083.

Resultados e Discussão

O acompanhamento do filho nascido PMT de MBP inicialmente internado em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e em seguida em setores hospitalares de menor complexidade, fez com que os pais acompanhassem sobrevivência dos filhos tendo o ganho ponderal como um imperativo por ser reflexo da melhoria do recém-nascido ((RN) e critério para alta hospitalar. A evolução do quadro clínico passou a ser acompanhada simultaneamente à progressão do peso. Os pais seguiam diariamente o aumento em gramas do filho: Chegaram a conversar sobre o peso dele. Eu procurava saber mesmo só quantos de peso e como ele ia sair e qual o peso, sempre eu me informava sobre isso, aí todo dia se pesava e eu ficava acompanhando o peso dele.. Todo dia eu olhava.. Achava bom, sempre sabia que ele ia sair. Aí achava bom o peso. **(PAI 05)**.

O ganho ponderal não exprime apenas a melhoria clínica, a maturação fisiológica, mas a proximidade da alta hospitalar. “ Sabia que ele ia sair”. Sair com vida e deixar o hospital. De acordo com a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso, o peso mínimo para saída da internação aos nascidos de MBP é 1.600g (BRASIL, 2013). A tomada de consciência desta condição por parte dos pais estimula a além de acompanhar os adicionais diários de peso, torcer por aumentos contínuos no peso corporal.

O foco na ida do filho para casa demonstra a vontade de iniciar o itinerário de tê-lo em domicílio sob o cuidado da família em uma situação diferente da separação imposta pela internação, dos cuidados realizados por profissionais de saúde, da distância do lar e dos demais membros da família:

Achei satisfatório, um menino que nasceu com um quilo duzentos e setenta e começou foi ganhar peso rápido e sempre era só ele porque ele tava no quarto acho que tinha quatro pessoa, aí as menina se admirava que era só ele que ganhava peso e as outra era perdendo, aí eu achei foi bom, ia sair ligeiro. Ganhava peso toda vida. **(PAI 05)**.

A comemoração sentida a cada aumento de peso era substituída por um sentimento de frustração e preocupação, quando não havia ganho:

Detalhadamente não me passaram não, mas assim...o povo ficava só observando lá, que não era adequado, não era bom. Inclusive todas as vezes que eu chegava lá, porque tem o prontuáriozinho dela e eu olhava logo o peso. Aí o meu coração disparava quando eu via que dava quebra (referência a queda). Chegava lá a gente ia na expectativa de tá um pouquinho alto. Porque hoje ela tava no pesoquinho ideal, amanhã já tava um pouquinho mais alto. Quando era depois de amanhã quebrava mais do que ela tinha subido. A gente se preocupava mais ainda. **(PAI 06)**.

Percebe-se que a questão do peso se fez inerente à vivência diária da internação pelos pais, trazendo a experiência ambígua de tristeza, quando não havia ganho ou ocorria perda de peso e alegria quando o aumento era comunicado pelos profissionais de saúde:

Oitocentos e quarenta. Aí subia oitocentos e cinquenta, aí chegava oitocentos e sessenta de novo, aí descia pra oitocentos e cinquenta. Aí ficava assim também. Aí toda vez que baixava, só em abaixar qualquer grama eu já me preocupava. Ficava mais alegre nem que subia uma graminha, eu ficava alegre. Mas quando abaixava assim demais. Eu me lembro que uma vez eu acho que ela tava com oitocentos e oitenta, já pra chegar em oitocentos e noventa. Aí eu vinha trabalhar morto de alegre, vinha pra casa trabalhar e ficava naquela expectativa no trabalho. Quando eu chegar lá minha filha tá com novecentos a um quilo. Aí quando eu chegava lá que eu ia olhar no peso, ia logo atrás da enfermeira. Chamava a doutora, perguntava o que é que tinha acontecido. Aí elas iam me explicar: “Olha ela não se alimentou”. **(PAI 06)**.

O acompanhamento diário de peso transcendeu o contexto da internação hospitalar para o domicílio nos meses iniciais de vida. A sobrevivência e o ganho ponderal que contribuíram para alta não reduziram o *status* do BPN como condição de risco que necessita de

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

vigilância. Mantiveram-se o envolvimento e a festividade com aumento de peso, como representação da superação de um problema desafiador:

Até os seis meses a gente acompanhava todo dia. A gente pesava ela. Todo dia. A gente tinha uma balança aqui e a gente pesava. O posto cedeu uma balança pra nós. A gente anotava e depois a minha esposa passou pro posto. Acho que foi isso. Foi positivo porque assim, a gente... de repente ela poderia perder peso e nós não percebesse. E na balança não. E era muito positivo pra gente ver ela, acompanhar ela ganhar peso. Muito bom. Porque ela cada grama que ela ganhava era uma vitória pra gente. **(PAI 02)**.

O tratamento do BPN como um evento sentinela inerente ao cotidiano dos pais os conduz ao sentimento concreto do compromisso assumido para assegurar a sobrevivência do filho. Após o nascimento, a sobrevivência do RN está condicionada a ter alguém que realize o seu cuidado e que assegure que suas necessidades físicas e psicossociais sejam atendidas. A participação paterna em todas as fases de desenvolvimento da criança é um elemento importante para o seu crescimento saudável, representa um relevante fator protetivo para a saúde de todos os envolvidos (BRASIL, 2012).

O ganho de peso é importante para os pais no cenário do nascimento com baixo peso. O estado nutricional do filho instiga o monitoramento contínuo do peso diário:

Todo dia. Todo dia. Todo dia (rindo e com alegria na fala). Era muito bom saber que ela tava aumentando peso, ia sair, isso me trazia é, é... Eu ficava mais otimista com relação a ela. Eu sabia que ela tava aumentando peso, ela tava aceitando o leite, isso me confortava, eu aqui sozinho. **(PAI 02)**.

A relação do aumento ponderal com a aceitação do volume alimentar ingerido assinala o conhecimento dos pais da relação entre consumo alimentar e crescimento, tornando assim a nutrição do filho detentora de especial atenção pela sua associação com a manutenção da saúde.

Estudo realizado por Waldow (2007), em Florianópolis, com 20 pais de RN prematuros internados em UTIN, todos os participantes apresentaram questões preocupantes ante o ganho de peso, intercorrências e dificuldades de amamentação do filho.

O seguimento do peso diário demandava uma atitude de vigilância à pesagem durante a visita do filho pelo pai. Era importante ver concretamente o peso do dia:

Assim que eu entrava, quando eu vinha com ela, eu entrava e ficava lá na salinha, lá olhando. Eu esperava... o peso dele pra ele vim logo embora. **(PAI 05)**.

Esta valorização do peso é importante pela imposição do seu monitoramento posterior à internação. Crianças nascidas com baixo peso exprimem risco aumentado de evoluir com falha de crescimento (RUGOLO, 2005; BRASIL, 2012). É necessário monitorar o crescimento infantil, especialmente no primeiro ano de vida, tempo de maior vulnerabilidade a múltiplos agravos nutricionais, infecciosos e ambientais (RUGOLO, 2005).

Gerou-se uma expectativa do ganho ponderal como condição para a alta hospitalar:

Todo dia eu tava lá, todo dia. Aí eu sempre olhava o peso, e o doutor disse que quando ele tivesse com o um quilo e oitocentos ele ia pra casa... Eu olhei o peso dele, aí deu um e oitocentos, e o doutor chegou tarde, chegou umas dez hora, e eu perguntei, não sei como é o nome da doutora uma que tinha lá, não, se ele não der eu dou a alta dele hoje, aí eu fiquei alegre demais. Me preocupei também devido a alimentação dele, e não podia pegar muita poeira, e essas coisa. Aí só que ela (esposa) quis ir simhora logo, na hora que deram alta ela se animou logo pra ir simhora, aí viemos simhora... **(PAI 05)**.

A aquisição do peso desejado e o anúncio esperado da alta hospitalar abriu espaço para preocupações com a alimentação e estímulos externos que pudessem afetar a saúde do RN pós-alta. A insegurança divide espaço com alegria de levar o filho para casa. Este achado coincide com o de Waldow (2007), em que, mesmo querendo seu filho em casa, alguns pais relataram ter medo de cuidar do bebê.

A preparação para a alta hospitalar é um tempo de orientação multiprofissional junto à família para que esta compreenda as necessidades e se prepare para receber o novo componente familiar (SILVEIRA, 2012). É um momento desejado, porém permeado de ansiedade e insegurança acerca do cuidado do filho. Representa um desafio; produz grandes expectativas (ANJOS *et al.*, 2012).

A recuperação do BPN é celebrada com vistas à aceitação alimentar:

Pra mim era uma alegria bem forte, porque a minha filha tava se recuperando depressa. E só na quantidade que ela se alimentava quer dizer que a pessoa já tá se recuperando. **(PAI 07)**.

Por menor que fosse o aumento, havia um motivo para festejar:

No dia lá que aumentava duas graminhas, mas tava aumentando. E lá eles botava o peso todo dia de manhãzinha, eles pesavam e botavam o peso lá. E quando tava às vezes na mesma...é complicado. Às vezes não aumenta, mas uma graminha que seja, uma grama é pouca coisa, mas pra aquele jeito ali. **(PAI 08)**.

A afetividade paterna estabelecida é expressa com o contentamento pela melhora do filho. Campos, Silva e Amaral (2010) defendem a ideia de que é fundamental os pais saberem que o meio onde a criança se desenvolve e o aporte nutricional e afetivo que recebem determinam alterações biológicas, expressando alguma enfermidade, inclusive atraso no desenvolvimento neuromotor.

Os pais associavam a ausência de ganho de peso do filho ao distanciamento do dia da alta, acrescido de um componente de ansiedade pela possibilidade de ter ocorrido alguma complicação adicional:

Chegou uma vez ou foi duas, que eu cheguei e ela (esposa) falou pra mim que a criança tava com o peso, o mesmo peso do dia passado ela tava. Aí eu ficava, a gente ficava, eu ficava muito preocupado, triste com isso...Teve essas duas vezes que eu fiquei meio triste. Que eu ansioso que ela viesse simhora, a nenê e a mãe dela, e teve essas duas vezes que eu cheguei lá que ela disse. Eu fui bem cedo e ela disse: “Não, tá o mesmo peso”. Eu fiquei meio triste, fiquei já sem, comecei a passar já, até a pensar já em coisa ruim. **(PAI 09)**.

A frustração e o temor permeiam os sentimentos paternos na iminência de um piora ou maior permanência hospitalar. No estudo de Waldow (2007), os anseios paternos se voltavam para que o filho superasse a situação inicial e também era intencionado ver o filho correndo em casa, fazendo bagunça e se desenvolvendo de forma semelhante ao bebê a termo.

Entende-se que para os pais é importante aumentar, independentemente do quanto. A estagnação do peso exprimia-se como agravante a uma situação complexa. O dia a dia da internação após o nascimento foi intensivamente marcado pelo desejo de aumento do peso pelo filho e sua ida para casa:

Ela (filha) tinha que ganhar um peso pra ela sair. A minha preocupação era tanto da mãe dela se alimentar como a criança também... E a criança tá ganhando peso? Eu dizia: como é que tá? Todo dia eu perguntava, ligava. Antes de eu ir eu perguntava como é que tava, se ela tava ganhando peso normal e tava indo tudo bem... Não tinha um dia que eu não ligasse antes. Além de eu ir eu ainda ligava pra saber como é que estava o estado dela... A gente fica contando, todo dia pergunta pra saber se ela aumentou alguma coisa. **(PAI 09)**.

Há uma preocupação impressa com a companheira na mesma dimensão que da filha. É a expressão da boa relação do casal que se estende à família. Este resultado converge com o de Waldow (2007), em que o desejo de propiciar apoio à mãe também foi um fator que se mostrou presente na interação com a companheira no momento de prematuridade.

Conclusão

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Os pais fizeram um itinerário diário de superação do baixo peso ao nascer e relacionaram o ganho de peso com a sobrevivência e saúde do filho. Maior peso correspondia a mais saúde e proximidade da alta hospitalar. Não ganhar ou permanecer com o mesmo peso frustrava e entristecia os pais por distanciá-los de levar o filho para o domicílio. A vigilância diária do peso tornou-se tão indispensável quanto ir ao trabalho. O vínculo paterno e o cuidado tiveram a interposição do ganho ponderal que foi monitorado por alguns pais após alta em domicílio. A boa relação pai e mãe foi refletida na participação paterna no acompanhamento do filho. As percepções paternas foram do ganho ponderal como uma certeza de sobrevivência, melhora clínica e garantia de ter o filho no seio da família.

Referências

ANJOS, Lucy Sobieski *et al.* Percepções maternas sobre o nascimento de um filho prematuro e cuidados após a alta. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v.65, n.4, p. 571-577, 2012.

ASKIN, Debbie Fraser. Problemas de saúde dos recém-nascidos. In: HOCKENBERRY, Marilyn J; WILSON, David. **Wong: fundamentos de Enfermagem pediátrica**. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento *et al.* 8 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. cap.9, p.249-330.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru** : manual técnico Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde** . Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

CAMPOS, Jocileide Sales; SILVA, Anamaria Cavalcante; AMARAL, João Joaquim Freitas. Promoção da saúde da criança: uma decisão em defesa da vida. In: LOPEZ, Fabio Ancona; CAMPOS JÚNIOR, Dioclécio. **Tratado de pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria**. 2 ed. São Paulo: Manole, cap 3., p.181-192 , 2010.

LOPEZ, Claudia Peyres Lopez; SILVA, Roberta Gonçalves. Métodos de alimentação alternativos para recém-nascidos prematuros. **Rev Paul Pediatr.**, São Paulo, v.30,n.2, p.278-82, 2012.

OLIVEIRA, Adriana Gonçalves de; SIQUEIRA, Pollyanna Patriota; ABREU, Luiz Carlos de. Cuidados nutricionais no recém-nascido de muito baixo peso. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.** v.18, n.2, p. 148-154. 2008.

RUGOLO, Ligia Maria Suppo de Souza. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. **Jornal de Pediatria**. v. 81, n.1(supl), 2005.

SILVEIRA, Rita de Cássia. Como organizar o seguimento do prematuro In: **Manual seguimento ambulatorial do prematuro**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012a. p. 3-7.

SILVEIRA, Rita de Cássia.. Nutrição do pré-termo de baixo peso: aspectos gerais e no primeiro ano In: **Manual seguimento ambulatorial do prematuro**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012. p. 30-35.

TAVARES, Eduardo Carlos; REGO, Maria Albertina Santiago. Prematuridade e crescimento fetal restrito. In: LOPEZ, Fabio Ancona; CAMPOS JÚNIOR, Dioclécio. **Tratado de pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria**. 2 ed. São Paulo: Manole, Seção 18., p.1445-1454 , 2010.

VIERA, Cláudia Silveira; MELLO, Débora Falleiros de. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal. **Texto contexto-enferm.** v.18, n.1, p. 74-82. 2009.

WALDOW, Doris. **Concepções do pai acerca da prematuridade do seu filho**. 2007.166 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

Agradecimentos

Aos pais que participaram do estudo e a Universidade Federal do Ceará que propiciou esta oportunidade.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DOS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA DE FORTALEZA/CE SOBRE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER

Kerma Márcia de Freitas – Faculdade Vale do Salgado (FVS) e Universidade de Fortaleza (UNIFOR) kermamf@hotmail.com
Ludmila Fontenele Cavalcanti - Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
Luiza Jane Eyre de Sousa Vieira - Universidade de Fortaleza (UNIFOR)
Carmem Cintra de Oliveira Tavares - Universidade de Fortaleza (UNIFOR)
Gracyelle Alves Remigio Moreira - Universidade de Fortaleza (UNIFOR)
Raimunda Magalhães da Silva (Orientadora) - Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Palavras-chaves: Violência sexual; Mulher; Percepções; Profissionais de saúde.

Resumo

A violência sexual contra a mulher é considerada um fenômeno universal e de alta magnitude. Como parte do seu enfrentamento, no âmbito da política de saúde, o profissional que atua nos serviços de referência deve estar capacitado e sensibilizado para lidar com essa situação. Por outro lado, os significados socialmente aprendidos e ressignificados pelos profissionais de saúde acerca da violência sexual contra a mulher interferem no modo como os serviços são estruturados e como ocorre a oferta do cuidado. Esse estudo procurou analisar as percepções dos profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento às mulheres em situação de violência sexual nos 09 serviços de referência do Município de Fortaleza/CE acerca da violência sexual. Trata-se de um estudo exploratório, de abordagem qualitativa, onde participaram 68 profissionais de saúde. Os dados foram coletados através de entrevista do tipo semiestruturada e analisados a partir da análise de conteúdo na modalidade temática. As percepções dos profissionais sobre a violência sexual baseiam-se no senso comum e nas suas experiências profissionais, reproduzindo aspectos culturais da dominação masculina. Por outro lado, expressam também o conceito ampliado de violência sexual. Os participantes consideram as condições socioeconômicas como determinantes para a violência. Ressaltam que a violência implica em repercussões tanto físicas quanto psíquicas para a mulher, além de produzir um aumento nos gastos com o setor saúde. Colocam-se desafios para as capacitações dos profissionais no sentido de buscar ampliar uma compreensão mais crítica sobre a violência sexual contra a mulher na direção da garantia de direitos humanos, sexuais e reprodutivos.

Introdução

A violência contra a mulher é referida de várias formas desde a década de 1950. A expressão violência de gênero foi construída sob a forte influência do movimento feminista para representar as diversas situações de violência perpetrada contra a mulher (SCHRAIBER, D'OLIVEIRA, 1999; BRASIL, 2006).

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

A violência de gênero está enraizada na elaboração histórica e sociocultural da masculinidade e da feminilidade na qual são atribuídos papéis sociais a ambos os sexos, ancorados na desigualdade de poder entre eles (VASCONCELOS, 2011). A violência contra a mulher é hoje remetida à área da saúde uma vez que está associada a um maior risco para diversos agravos à saúde física e mental e, também a um uso mais frequente dos serviços de saúde (BRASIL, 2006).

Dentre as formas de violência contra a mulher, a sexual é um dos principais indicadores de discriminação de gênero contra a mulher. Afeta milhões de pessoas em todo o mundo a cada ano. Estudos revelam que uma a cada três mulheres é abusada sexualmente antes de completar 18 anos, e que o principal agressor é o parceiro íntimo sendo o local de ocorrência mais comum o próprio domicílio (BRASIL, 2006; BRASIL, 2013).

Como parte do enfrentamento à violência contra a mulher, os serviços de saúde se tornam um lugar importante para a prevenção e a assistência a esse agravo. Nesse sentido, o profissional que atua no serviço de saúde referência para esse atendimento deve estar capacitado e sensibilizado para lidar com a situação, executando os protocolos de atendimento e considerando as questões subjetivas e sociais vividas pelas mulheres em situação de violência sexual (CORREA, LABRONICI, TRIGUEIRO, 2009).

Por outro lado, torna-se indispensável a este processo a compreensão acerca dos significados socialmente aprendidos e ressignificados pelos profissionais de saúde acerca da violência sexual contra a mulher tendo em vista sua interferência no modo como os serviços são estruturados e como ocorre a oferta do cuidado.

Metodologia

Esse estudo exploratório, de abordagem qualitativa (MINAYO, 2010) integra uma pesquisa multicêntrica que buscou analisar a atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual em duas capitais brasileiras. O universo da pesquisa correspondeu aos 11 serviços de saúde referências para atenção às mulheres em situação de violência sexual, no Município do Rio de Janeiro (RJ) e nove em Fortaleza (CE).

Neste estudo buscou-se analisar as percepções dos profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento às mulheres em situação de violência sexual nos 09 serviços de referência do Município de Fortaleza/CE acerca da violência sexual. A coleta foi realizada no período de maio de 2013 a dezembro de 2014 através de entrevistas semiestruturadas baseadas em roteiro. A seleção dos participantes foi baseada na diversidade e no acesso, totalizando 68 profissionais de saúde [médico(a), enfermeiro(a), assistente social, psicólogo(a) e pedagogo(a)] em Fortaleza. Utilizou-se uma adaptação da análise de conteúdo, na modalidade temática, que permitiu identificar a presença de determinados temas, denotando os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso (BARDIN, 2008; MINAYO, 2010).

Os dados foram analisados de forma descritiva e classificados em: caracterização dos profissionais; percepções sobre a violência sexual, que explicitam os significados atribuídos à violência sexual; explicações da violência sexual, que estabelecem as causas para a ocorrência do fenômeno; e repercussões da violência sexual, onde são destacadas suas consequências.

O projeto de pesquisa original foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, sob o Parecer nº 45A/2013 em cumprimento à Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e Discussão

Constatou-se que os profissionais de saúde se situam na faixa etária de 20 a 69 anos, com predomínio de 40 a 54 anos (63,3%), sendo em sua maioria do sexo feminino (75%). Ao classificá-los quanto à situação conjugal, 54,4% se apresentam como unidos e 45,6% não unidos. A maior parte se declarou católica (66,2%), apesar de terem mencionado outras religiões. As profissões participantes foram assistente social (30%), médico(a) (24,3%), enfermeiro(a) (24,3%), psicólogo(a) (18,6%) e pedagogo(a) (2,9%), predominando portanto os profissionais descritos na Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes (BRASIL, 2011).

Percepções sobre a violência sexual

Foram identificados cinco núcleos de sentido sobre a violência sexual: (1) conceito ampliado de violência sexual; (2) violência sexual como violação da autonomia e de direitos; (3) violência sexual como crime; (4) violência sexual como uma monstruosidade; e (5) violência sexual como uma simulação.

Os profissionais adotam o conceito ampliado de violência sexual quando estes se reportam à violência sexual como um ato complexo que atinge diferentes dimensões do ser humano, seja ela biológica, psicológica, social ou espiritual. Destacam que essa violência independe da classe social e do vínculo afetivo como agressor. Franzoi, Fonsceca, Guedes (2009), face à complexidade do fenômeno da violência sexual, destacam a necessidade da atenção articulada de vários setores de políticas públicas.

Os profissionais enfatizam que a violência sexual ocorre no ambiente doméstico e que está relacionada à fragilidade nos relacionamentos, uma vez que a convivência frequente com casos de violência pode levar à reprodução desta. Estudos demonstram que a violência sexual pode estar associada ao testemunho de violência familiar e à negligência na infância (OMS, 2002).

A violência sexual entendida como violação da autonomia e de direitos leva em conta seu aspecto histórico e cultural, em que a submissão feminina é resultante das normas de uma sociedade patriarcal. Zuma et al. (2009) corroboram, ao dizerem que os papéis estão ancorados em hierarquias e desigualdades que estabelecem uma relação de poder entre os sexos, que, em geral, atribui mais poder aos homens colocando-os em posição superior às mulheres.

O significado da violência sexual como crime, apontado pelos profissionais, está coerente com a primeira interpretação do fenômeno pela sociedade. Na década de 1980, quando enunciada como desvio da normatividade social, a violência doméstica foi interpretada primeiramente como crime. Embora os movimentos feministas tivessem a saúde como importante bandeira, somente no início na década de 1990 o tema passou a ser explorado como um problema de saúde (SCHRAIBER, D' OLIVEIRA, 1999).

A violência sexual como uma monstruosidade foi abordada pelos profissionais reportando-se à ideia de patologização da agressividade, em que a violência é vista como doença e o agressor como um monstro. A OMS (2002) assinala, contudo, que a proporção de agressões praticadas por parceiros relacionadas à psicopatologia parece ser relativamente baixa em locais onde a violência de gênero é comum.

Apenas um profissional de saúde trouxe a ideia da violência sexual como uma simulação, reportando-se às situações em que a mulher chega a simular a violência na tentativa de prejudicar o parceiro.

Explicações da violência sexual

Como explicações da violência sexual, foram identificados os seguintes núcleos de sentido: (1) cultura machista; (2) condições socioeconômicas; (3) reprodução da violência vivenciada na família; (4) impunidade; e (5) estímulo da mídia.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

A explicação mais presente nos discursos dos profissionais diz respeito à cultura machista, associando as ideias de desigualdade de gênero, a não aceitação das conquistas femininas e, ao mesmo tempo, tratando a mulher como ser frágil. Para Sousa (2012), a violência é uma supressão de direitos e está intimamente relacionada com o uso do poder.

Quanto às condições socioeconômicas, os profissionais relacionam a violência com o baixo nível de escolaridade, o desemprego, associam ao uso abusivo do álcool e outras drogas, e também remetem à pobreza. Essa relação apontada nos depoimentos foi percebida também por Matos, Ponte, Feitosa (2013), ao destacarem que a busca por explicação para o aumento da violência e da criminalidade é comum no discurso de toda a população. Para as autoras, em meio a essas explicações, existe uma conexão entre violência, homicídio e drogas, principalmente as ilícitas.

A explicação da violência sexual pela reprodução da violência na família se refere à violência vivenciada pela criança e reproduzida na vida adulta. Nessa situação, os depoimentos apontam a fragilidade dos vínculos familiares. Em estudo realizado por Couto et al. (2007), mulheres apontam a falta de diálogo como um dos maiores responsáveis pela desunião do casal e por inúmeros episódios de desentendimento e brigas, que vão desde agressão verbal a casos mais extremos de agressão física.

Sobre a impunidade, os profissionais associam a violência ao crescimento da criminalidade, à marginalização, à falta de conhecimento sobre os direitos da mulher e o descrédito em relação à justiça. Pinheiro (2012) concorda quando diz que há grande dificuldade, por parte das mulheres, de romper com a violência ou de torná-la pública, haja vista o isolamento social vivenciado por muitas delas, aliado à falta de estrutura de apoio. Para a autora, isso ocorre porque a violência doméstica é vista como um problema de família e não político.

Quanto ao estímulo da mídia, os profissionais apontam os meios de propagação coletiva como um dos fatores que pode estimular a violência, ao exibir a imagem da mulher associada ao prazer e ao expor o corpo da mulher para atrair telespectadores.

Repercussões da violência sexual

As repercussões da violência sexual representadas pelos profissionais de saúde associaram-se aos seguintes núcleos de sentido: (1) repercussões para o sujeito e (2) repercussões para a sociedade.

Nas repercussões para o sujeito, foram identificados aqueles relacionados à saúde mental e física, bem como à saúde reprodutiva. Corroborando os depoimentos, a OMS (2002) mostra estudos que apontam a violência sexual como causadora de problemas no campo da saúde mental. Demonstam que há um aumento do risco de depressão, estresse pós-traumático e de suicídio em mulheres que sofreram abuso sexual.

Sobre as repercussões para a sociedade, os profissionais acreditam que há uma diminuição da produtividade em decorrência da violência sexual. Esta situação é retratada por Brasil (2011) quando informa que a violência produz um impacto sobre o SUS em relação a recursos econômicos e humanos, seja em custos sociais ou em decorrência da produtividade perdida para a sociedade em geral.

Conclusão

As percepções acerca da violência sexual contra a mulher, identificadas nos discursos dos profissionais, apontam para um conhecimento baseado em suas práticas, ancorados no senso comum. Relacionam, porém, a violência com a reprodução de uma cultura baseada nas desigualdades de gênero, oriundas dos variados papéis impostos socialmente ao homem e à mulher. Por outro lado, exibem um conceito ampliado sobre o tema, considerando como um ato que mobiliza a multidimensionalidade do ser humano e que ocorre independentemente da classe social e do vínculo com o agressor.

Associaram a violência como crime, o que pode estar relacionado ao fato de ter sido o campo da segurança pública o primeiro a absorver a demanda advinda da violência contra a mulher. Hoje, no entanto, considerada um problema de saúde pública, a violência sexual precisa ser percebida pelos profissionais como tal.

A violência é explicada pelos participantes como resultado de uma cultura machista. A baixa condição socioeconômica é apontada como fator determinante e o ambiente doméstico foi visto como um reprodutor da violência.

Os profissionais acreditam que a impunidade é outro fator que contribui com a violência, produzindo descrédito em relação à justiça por parte da população. Ressaltam que a falta de conhecimento dos direitos da mulher agredida também está relacionada ao fenômeno.

As repercussões da violência nos discursos apontam para aquelas que interferem diretamente na vida do sujeito, relacionadas à saúde física, mental, sexual e reprodutiva, e as que repercutem na sociedade em geral, que levam ao crescimento dos gastos com o setor saúde e a diminuição da produtividade.

Os resultados desse estudo apontam desafios para as capacitações dos profissionais no sentido de buscar ampliar uma compreensão mais crítica sobre a violência sexual contra a mulher na direção da garantia de direitos humanos, sexuais e reprodutivos.

Referências

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual**: matriz pedagógica para formação de redes. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. Norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Presidência da República. **Lei nº 12.845 de 1º de agosto de 2013**. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Brasília: Presidência da República, 2013.

CORREA, M. E. C.; LABRONICI, L. M.; TRIGUEIRO, T. H. Sentir-se impotente: um sentimento expresso por cuidadores de vítimas de violência sexual. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 289-294, 2009.

COUTO, M. T. et al. Concepções de gênero entre homens e mulheres de baixa renda e escolaridade acerca da violência contra a mulher, São Paulo, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 11, supl, p. 1323-1332, 2007.

FRANZOI, N. M.; FONSECA, R. M. G. S.; GUEDES, R. N. Violência de gênero: concepções de profissionais das equipes de saúde da família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 589-597, 2011.

MATOS, M. T. S. ; PONTE, Michelle Alves Vasconcelos ; FEITOSA, R. F. G.. A complexidade das relações entre o crack, outras drogas e a violência: uma revisão crítica. In: José Gomes Bezerra Filho; Marinila Calderado Munguba Macedo. (Org.). **Violência e Acidentes**: uma abordagem interdisciplinar. 1ed. Fortaleza. Edições UFC. 2013.p. 01-436.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra, 2002.

PINHEIRO, Maria Jaqueline Maia. **Mulheres Abridadas**: Violência Conjugal e Trajetórias de vida. Fortaleza: EdUECE; EDMETA, 2012.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. L. P. Violência contra mulheres: interfaces com a Saúde. **Interface-Comunic, Saúde, Educ**, v. 3, n. 5, p. 11-26, 1999.

SOUSA, E. S. B. **Perseguições que humilham**: Assédio sexual e violência de gênero. Fortaleza: EdUECE; EDMETA, 2012.

VASCONCELOS, V. A. **Polícia do bem viver**: tolerância e (des) interesse na repressão à violência contra a mulher. 2011. [Dissertação de Mestrado] Fortaleza: Universidade de Fortaleza, mestrado em Direito Constitucional.

ZUMA, C. E. et al. Violência de gênero na vida adulta. In: NJAINE, K.; ASSIS, S. G.; CONSTATINO, P. **Impactos da violência na saúde**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Educação a distância da Escola Nacional de saúde pública Sérgio Arouca, 2009.

Agradecimentos

Ao CNPq, pelo financiamento da pesquisa denominada “Análise dos serviços de saúde na atenção às mulheres em situação de violência sexual: estudo comparativo em duas capitais brasileiras”, através do Edital MCTI/CNPq/SPM-PR/MDA Nº 32/2012 – Relações de Gênero, Mulheres e Feminismos; às Secretarias Municipais de Saúde de Fortaleza e do Rio de Janeiro pelo apoio na realização da pesquisa; aos gestores, sujeitos pesquisados, pela disponibilidade em participar da pesquisa; à equipe de pesquisa do Núcleo de Políticas Públicas, Identidades e Indicadores (NUPPII) da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza pela participação no desenvolvimento da pesquisa.

PERCEPÇÕES E ATITUDES DE ENFERMEIROS ACERCA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS

Autor 1 (apresentador) – Douglas Melo da Rocha, douglasmelo_19@hotmail.com, Universidade Federal de Alagoas, (UFAL- Campus Arapiraca)

Autor 2 – Fernanda Pinto da Silva (UFAL- Campus Arapiraca)

Autor 3 – Juliana Amaral de Almeida Araujo (UFAL- Campus Arapiraca)

Autor 4 – Juliane Bispo Pereira (UFAL- Campus Arapiraca)

Autor 5 (Orientador) – Andreivna Karenine

Palavras-chave: Hipertensão. Enfermagem. Cuidados de enfermagem. Urgência.

Resumo

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica desencadeada por diversos fatores, sendo caracterizada por níveis pressóricos elevados e sustentados de PA (pressão arterial). Como consequência do aumento da pressão arterial sistêmica, o paciente pode sofrer descompensação do quadro clínico, acarretando complicações como as crises hipertensivas. Visando contribuir para o desenvolvimento de ações de enfermagem, assim como protocolos de assistência e educação continuada para as instituições de saúde e profissionais, a questão que norteou este estudo foi: Quais as percepções dos enfermeiros acerca dos cuidados de enfermagem nas urgências e emergências hipertensivas? O estudo é descritivo exploratório de cunho qualitativo. Conclui-se que os enfermeiros especializados, assim como os não especializados, apresentaram o mesmo déficit no que se refere à fisiopatologia, definições, sinais e sintomas. Com relação aos cuidados de enfermagem, mesmo que empiricamente todos responderam satisfatoriamente os questionamentos.

Introdução

Nas últimas décadas, observou-se que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), passaram a ser as principais causas em número de óbitos no Brasil, superando as taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias desde os anos 80. (BRASIL, 2005) Dentre as DCNTs, destaca-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS), que, de acordo com a VI Diretrizes de Hipertensão Arterial (2010), foi responsável, em 2001, pela morte de cerca de 7,6 milhões de pessoas no mundo, 54% foram por acidente vascular encefálico (AVE) e 47% por doenças isquêmicas do coração (DIC).

A VI Diretrizes de hipertensão arterial (2010) destaca que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica desencadeada por diversos fatores, sendo caracterizada por níveis pressóricos elevados e sustentados de PA (pressão arterial). Os níveis pressóricos na crise hipertensiva estão aumentados quando a pressão arterial sistólica (PAS) estiver maior ou igual a 180 mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD) estar maior ou igual a 120 mmHg; porém, em alguns casos de instalação atual, como as glomerulopatias agudas e na toxemia gravídica, as crises podem aparecer com níveis pressóricos menores, pressão arterial diastólica (PAD) entre 100 e 110 mmHg. (FALCÃO, et al., 2010; MARTIN, et al., 2004)

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

É comum nas unidades ambulatoriais, pequenos hospitais e, principalmente, nas unidades de emergência o atendimento de pessoas com níveis pressóricos aumentados com ou sem sintomatologia específica. Os picos (elevação) hipertensivos são acompanhados na maioria das vezes por edema agudo de pulmão (EAP) numa taxa de 36,8%; acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi) em uma proporção de 24%; vindo logo em seguida a encefalopatia hipertensiva com 16,3% e insuficiência coronariana aguda com 12%. (FALCÃO et al., 2010)

A importância de identificar e discernir uma urgência, emergência ou pseudocrise hipertensiva é importante para o desenvolvimento de um plano de cuidados pelo enfermeiro, tanto no ambulatório como em uma unidade de emergência. O enfermeiro exerce diversas funções para promover o bem estar do paciente dentre elas: monitorar o quadro clínico, oferecer os devidos cuidados de enfermagem e estimular o autocuidado com medidas educativas, sendo importante para o desenvolvimento de um plano de cuidados pelo enfermeiro, tanto no ambulatório como em uma unidade de emergência. No estudo realizado por Wiebbelling e Santos (2009), foi identificado que a maioria dos enfermeiros dos serviços em unidades de pronto socorro, pronto atendimento e serviços de atendimento pré-hospitalar, não têm capacitação específica para atuarem nesta área. Muitos deles buscavam outras especializações na área de administração hospitalar, e o curso que mais se aproximava era o de primeiros socorros, quando o ideal seria uma pós-graduação em urgência e emergência, além de cursos complementares.

Diante desta problemática que é a hipertensão arterial e as crises hipertensivas e suas consequências, observa-se a necessidade de conhecer as percepções dos enfermeiros acerca dos cuidados de enfermagem nas urgências e emergências hipertensivas. Entendendo que essa condição favorece a outros problemas de saúde e seu agravamento, faz-se necessário, portanto, avaliar a percepção desses profissionais, visto que o enfermeiro pode também, como parte do planejamento do cuidado, orientar a família e o paciente sobre a importância da adesão a terapia farmacológicas e não farmacológicas, assim como as dieta, ou seja, a terapêutica como um todo.

Este estudo pode contribuir para a comunidade científica, serviços de saúde e para atuação do enfermeiro e futuras práticas de enfermagem na área de DCNTs, proporcionando a melhora da qualidade da assistência.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo exploratório de cunho qualitativo, onde a escolha pela pesquisa qualitativa se justifica por compreender que ela permite expressar o cotidiano vivenciado, determinando o encontro entre a legitimidade e a reprodução das ações (MINAYO, 1992). Os sujeitos do estudo foram os enfermeiros que aceitaram participar do estudo, sendo entrevistados os 11 (onze) enfermeiros até a saturação dos dados, como refere Bardin (2009). A pesquisa foi realizada nas dependências de um hospital da cidade de Arapiraca - Alagoas, na unidade de Pronto Socorro, Unidade de terapia Intensiva (UTI) e Centro obstétrico no ano de 2013, sendo referência em casos clínicos do município e cidades circunvizinhas. A coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada, elaborado com base nos objetivos da pesquisa mediante o referencial teórico citado na revisão de literatura.

As entrevistas foram gravadas por mp3 player, transcritas e categorizadas. As quatro questões norteadoras foram : (1) O que você entende por urgência, emergência e pseudocrise hipertensiva? (2) Quais são os principais sinais e sintomas que diferenciam a urgência, emergência e pseudocrise hipertensiva? (3) Quais são os principais cuidados de enfermagem oferecidos a um paciente em crise hipertensiva? e (4) Em uma crise hipertensiva, quais são as medidas educativas e/ou orientações de saúde fornecidas aos pacientes e/ou familiares, no momento da alta?

Para fundamentação e interpretação das entrevistas foi utilizado o método de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin (2009). Nesse contexto, foram obedecidas as seguintes etapas para análise de dados: leitura flutuante; constituição do corpus, através das falas, colocadas durante as entrevistas realizadas; leitura exaustiva. Realizada também a seleção das unidades de análise, em que se selecionou como unidade de contexto o parágrafo e unidade de registro a frase/palavra; preparo do material; recorte e classificação; constituição da grelha de categorias (categorização) e códigos; aplicação da técnica: categorias e subcategorias e descrição delas. O referido projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), e aprovado de acordo com parecer consubstanciado do CEP de número 332.884, em conformidade com as normas éticas da Resolução 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) / Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisas científicas envolvendo seres humanos. A instituição da realização da pesquisa, neste caso o hospital, foi entregue um termo de anuência, e aos entrevistados foram entregues um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e Discussão

Os dados foram analisados a partir das percepções dos enfermeiros acerca dos cuidados de enfermagem realizados em urgência, emergência e pseudocrise hipertensiva. Para fins de caracterização dos enfermeiros entrevistados, foi questionada qual a formação específica bem como quais os setores de atuação. Os Enf. 1 e 2 são especializados em obstetrícia e trabalhavam no setor que correspondente a sua especialização; o Enf. 3 é especializado em urgência e emergência, todavia não trabalha na área que corresponde a sua especialização, pois trabalha na Unidade de Terapia Intensiva (UTI); o Enf. 4 é pós-graduanda em obstetrícia, porém trabalha na pediatria; o Enf. 5 não é especializado, no entanto trabalha no Pronto Socorro (PS); o Enf. 6 é especializado em Terapia Intensiva e trabalha na (UTI); o Enf. 7 é especializado em pediatria e UTI neonatal e trabalha em uma área que não corresponde a sua especialização pronto socorro (PS); o Enf. 8 é obstetra e trabalha no centro obstétrico; o Enf. 9 é pós-graduando em urgência e emergência e trabalha na área onde está se especializando (PS); o Enf. 10 tem especializações em Neonatologia e Centro cirúrgico, entretanto não atua na área de suas pós-graduações (UTI e PS); e o Enf. 11 não é especializado, no entanto trabalha no pronto socorro (PS).

Tal evidência foi identificada no estudo de Wiebbelling e Santos (2009), relatando que a maioria dos enfermeiros dos serviços em unidades de pronto socorro, pronto atendimento e serviços de atendimento pré-hospitalar, não apresentavam especialização específica para atuarem nestes setores.

As respostas obtidas dos entrevistados foram divididas em categorias, assim sendo cada pergunta teve sua categoria. A primeira questão norteadora foi “O que você entende por urgência, emergência e pseudocrise hipertensiva?” E com esta obteve-se duas categorias: Diferenças entre crise hipertensiva e pseudocrise hipertensiva e diferenças entre urgência e emergência hipertensiva, a percepção dos profissionais foi contraditória quanto às definições e a elucidação do que vem a ser uma crise hipertensiva e uma pseudocrise hipertensiva, uma vez que os enfermeiros citam apenas sinais e/ou sintomas como parâmetro para diferenciar uma da outra, só que sinais e sintomas por si só não podem ser determinantes de um diagnóstico de crise ou pseudocrise hipertensiva. Percebendo –se que permitiu que os enfermeiros entrevistados se confundiram e, muitas vezes, trocaram os sintomas e sinais sem classificá-los como urgência, emergência ou pseudocrise. Com isso, faz-se necessário trazer o conceito básico de urgência e emergência, fica elucidado o conflito que os enfermeiros ainda fazem acerca dos conceitos em urgência e emergência, principalmente quando se trata de uma urgência e emergência hipertensiva, onde se tem peculiaridades quanto ao tempo no qual a pressão arterial pode ser

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

diminuída que, no caso da urgência, temos um período de 24 horas e na emergência, a pressão deve começar a ser tratada e seus níveis diminuídos imediatamente, não necessitando diminuí-la para níveis normais nas primeiras horas (MARTINS, 2012)

A segunda questão norteadora foi “Quais são os principais sinais e sintomas que diferenciam a urgência, emergência e pseudocrise hipertensiva?” E com esta obteve-se duas categorias: principais sinais e sintomas. Permitiu observar que os enfermeiros entrevistados se confundiram e, muitas vezes, trocaram os sintomas e sinais sem classificá-los como urgência, emergência ou pseudocrise. Com isso, entende-se que os principais sinais e sintomas que diferem urgência, emergência e pseudocrise hipertensiva são: Pressão arterial elevada tem pouca importância, visto que existem situações em que pouca elevação pode levar a lesão de órgão-alvo e risco de morte, como pré-eclâmpsia e nas glomerulonefrites. Altos níveis pressóricos podem se apresenta como urgência hipertensiva, porém com clínica frustrada, como acontece com hipertensos subtratados ou não tratados (FALCÃO et al., 2010)

A terceira questão foi “Quais são os principais cuidados de enfermagem oferecidos a um paciente em crise hipertensiva?” E com esta obteve-se seis categorias: Comunicar ao médico, punção venosa, monitorização do paciente, posicionamento do paciente ao leito, administração de medicamentos, e oxigenoterapia, deste modo podemos perceber que os entrevistados possuíam atitudes indispensáveis durante uma crise. O enfermeiro por si só não pode decidir a terapia medicamentosa para o paciente, pelo contrário, ele deve, como parte da equipe, focar nos cuidados dispensados ao paciente no momento, pois nesses momentos nossos cuidados são mais importantes do que a simples indicação de um fármaco. Contudo, se a instituição possuir protocolo regulamentado e atualizado autorizando o enfermeiro em certas situações administrar determinado medicamento, nesse caso é justificável o ato.

No entanto o enfermeiro pode ter algumas atitudes importantes para o tratamento como Figueiredo, (2009) e Santos (2008) revelam quanto compartilham do mesmo pensamento quando discorrem que dentro dos cuidados de enfermagem, preconiza-se a administração de oxigenoterapia, pois esta terapia aumenta o suprimento de oxigênio circulante na corrente sanguínea, favorecendo o aumento da perfusão tecidual, miocárdica e celular.

A quarta que tratava da crise hipertensiva e quais são as medidas educativas e/ou orientações de saúde oferecidas aos pacientes e/ou familiares no momento da alta?” resultando em duas categorias: tratamento medicamentoso e tratamento não medicamentoso, no resultado dessa categoria nota-se que os entrevistados estavam atentos para as principais orientações que devem ser dadas aos pacientes em crises hipertensivas, que incluem a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, sendo este último de grande importância para uma melhora na qualidade de vida, agindo como meio de prevenção de outras doenças, neste caso as principais orientações que são adotadas consistem na não utilização de alimentos muito salgados ou em conserva, pois estes possuem muito cloreto de sódio, favorecendo o aumento da pressão arterial; orientar o consumo de frutas, verduras, legumes, cereais integrais, leite e derivados desnatados, limitar o consumo de álcool e diminuir o consumo de alimentos ricos em gordura (BRASIL, 2006). Brasil (2006) também cita as fatos importantes para o tratamento medicamentoso, deve-se orientar o paciente quanto aos horários exatos para cada medicamento e instruir o paciente sobre a doença hipertensiva, particularizando a necessidade do tratamento continuado, a possibilidade de efeitos adversos dos medicamentos utilizados, a planificação e os objetivos terapêuticos.

Conclusão

Concluiu-se que referente aos cuidados de enfermagem e orientações todos responderam adequadamente. No entanto, com relação às definições, fisiopatologia, sinais e sintomas, os enfermeiros não foram tão seguros, pois se contradiziam ou confundiam-se, como por exemplo, ao definir urgência e emergência hipertensiva. Percebeu-se que cinco enfermeiros eram especialistas ou estavam se especializando na área onde atuam e que mesmo especializados apresentaram o mesmo déficit dos demais profissionais. As urgências, emergências e pseudocrises hipertensivas requerem do profissional de enfermagem a especialização correta para a área que ele irá atuar, desde a obstetrícia, até a urgência e emergência, passando pela terapia intensiva e que tenham e/ou busquem atualizações periodicamente para estarem aptos a agir em toda e qualquer adversidade.

Foi notado que muitos dos profissionais entrevistados ainda não atuam na área que se especializaram ou que estão com a especialização em andamento, isso se dá pela saturação do mercado de trabalho, fazendo com que eles optem por atuar em setores que não sejam o de sua especialização, trazendo assim, um grande risco a assistência de enfermagem, podendo gerar situações de imprudência, imperícia e negligência.

Referências

- BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Ed 70, 2009.
- FALCÃO, L. F. R. ; COSTA, L. H. D. ; AMARAL, L. L. G. **Emergências**: Fundamentos e Práticas. São Paulo: editora Martinari, 2010. P. 329 - 333.
- FIGUEIREDO, N. M. A. ; STIPP, M. A. C. ; LEITE, J. L., **Cardiopatias**: avaliação e intervenções de enfermagem .2ª ed. rev. e atual. São Caetano do Sul – SP: Yendes ,2009.
- MARTIN, J. F. V.et al. Perfil de crise hipertensiva: prevalência e apresentação clínica. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.83, n.2, p.125-30, ago. 2004.
- MINAYO, M. C. S. Fase de trabalho de Campo. In: O desafio do conhecimento Pesquisa Qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Hucitec Abrasco, 1992
- SANTOS, N. C. M. **Urgência e emergência para a enfermagem**: do atendimento pré-hospitalar APH à sala de emergência. 5. ed. ver. e ampl. – São Paulo: Iátria, 2008.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq.Bras. Cardiol.**, 2010; 95 (1 supl.1): 1-51.
- WIEBBELLING E. D. ; SANTOS M.F. Enfermagem em urgência e emergência no município de Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil; **Rev. Enferm. UFPE On Line**. 2009 jul/set;3(3):1-10.
- _____. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis** : DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.58 p.– (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Agradecimentos

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

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

PERFIL ANTROPOMÉTRICO E EPIDEMIOLÓGICO DAS CRIANÇAS ACOMPANHADAS PELOS LÍDERES DA PASTORAL DA CRIANÇA

Samara Andréia de Barros – Universidade Federal do Piauí-UFPI/CSHNB samara_andreia1@hotmail.com

Rafaela Vieira Teotônio – Universidade Federal do Piauí-UFPI/CSHNB

Iolanda Gonçalves de Alencar Figueiredo – Universidade Federal do Piauí-UFPI/CSHNB

Laura Maria Feitosa Formiga – Universidade Federal do Piauí-UFPI/CSHNB

Edina Araújo Rodrigues Oliveira - Universidade Federal do Piauí-UFPI/CSHNB

Luisa Helena de Oliveira Lima (Orientadora) – Professora Adjunta da Universidade Federal do Piauí-UFPI/CSHNB

Palavras-chave: Saúde da criança. Assistência Religiosa. Desenvolvimento infantil.

Resumo

Estudar o hábito de vida das crianças é de suma importância para literatura e de progresso no desenvolvimento e crescimento infantil, pois estas são uma população frágil e sensível a qualquer fator externo. Este estudo teve como objetivo investigar o perfil antropométrico e epidemiológico das crianças acompanhadas pelos líderes da Pastoral da Criança do município de Santa Cruz do Piauí. Trata-se de um estudo descritivo e transversal, realizado com 126 crianças cadastradas na Pastoral da Criança da cidade de Santa Cruz do Piauí, no período de dezembro de 2012 a setembro de 2013. Foi elaborado um formulário para a utilização na coleta de dados do estudo. Para a realização do estudo foi seguido todos os princípios éticos contidos na Resolução 466/2012 que rege pesquisas envolvendo seres humanos. Participaram da pesquisa 126 crianças, das quais 50% sexo masculino e 50% sexo feminino, numa faixa etária mediana de 36 meses. Do total da amostra, 48,4% já estudada, e 89,7% das crianças foi amamentada. Quanto ao número de pessoas por casa, 39,7% são habitadas por 4 pessoas, e 8,8% com 7 ou mais pessoas. A avaliação da Pastoral da Criança foi considerada por 68,3% dos pais como bom e 23,8% muito bom. Os dados do presente estudo apontam que as atividades desenvolvidas pelos líderes da Pastoral da Criança contribuíram significativamente para crescimento saudável das crianças cadastradas, pois estas são pesadas todos os meses, e é dado orientações de saúde para seus pais/responsáveis.

Introdução

Atualmente, é bastante perceptível o quanto a modernidade tem invadido os hábitos de vida da população. Isso porque, apresenta à sociedade maior comodismo e facilidade. Modificando assim, a qualidade de vida de muitos indivíduos, onde as crianças são as mais atingidas, devido à cultura, o ambiente, as condições socioeconômicas e a educação familiar, que são fatores contribuintes para um possível desequilíbrio no crescimento e desenvolvimento dessas crianças.

Nas últimas três décadas, o Brasil experimentou importantes melhoras nos indicadores de saúde e nutrição infantil. Nesse período, os coeficientes de mortalidade infantil foram substancialmente reduzidos e os déficits de altura entre crianças menores de 5 anos diminuíram. As razões para este progresso incluem: modificações socioeconômicas e demográficas (crescimento econômico, redução da disparidade de renda, urbanização, melhoria na educação das mulheres e redução da taxa de fecundidade); intervenções externas ao setor de saúde (programas condicionais de transferência de renda e melhorias no sistema de água e saneamento); programas verticais de saúde nos anos 1980 (promoção da amamentação, hidratação oral e imunizações); criação do Sistema Nacional de Saúde (SUS), cuja cobertura foi

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

expandida para atingir as áreas mais pobres do País por intermédio do Programa de Saúde da Família, na metade dos anos 1990; e a implementação de vários programas nacionais e estaduais para melhoria da saúde e nutrição infantil (VICTORA *et al.*, 2011). Apesar dos muitos progressos na saúde da criança, desafios importantes ainda persistem que não cabe só ao Ministério da Saúde identificar ou prevenir, mas a toda população, exemplo de trabalho que auxiliam nesse desenvolvimento das crianças são os trabalhos voluntários desenvolvidos por instituição não governamental, podemos citar Pastoral da Criança (PC), a qual acompanha as gestantes e crianças de zero a seis anos.

De acordo com Carvalho; Sousa (2007), no ano de 1983, a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) confiou à tarefa de criação e desenvolvimento da Pastoral da Criança à médica pediatra e sanitaria Zilda Arns Neumann e a Dom Geraldo Majella Agnelo, então arcebispo de Londrina. Uma primeira experiência foi iniciada no município de Florestópolis, que apresentava o maior índice de mortalidade infantil no Estado do Paraná. Não obstante o fato de ser uma organização originalmente articulada no âmbito da Igreja Católica, a Pastoral é um organismo autônomo. A estrutura é composta por uma hierarquia de coordenações, que começa na Coordenação Comunitária, passando pelas Coordenações Paroquiais, Diocesanas, Estaduais e Coordenação Nacional.

Ainda segundo esses autores, objetivo principal da Pastoral é atuar na promoção humana, via combate à mortalidade infantil, à desnutrição, à violência doméstica e à marginalidade social. Visando à oferta de suporte às famílias e comunidades, a Pastoral desenvolve, também, outros projetos complementares às ações básicas, tais como: alfabetização de jovens e adultos, programa de geração de renda, programa de segurança alimentar, planejamento familiar natural, assistência à terceira idade e comunicação social.

A Pastoral da Criança desenvolve um papel voluntário no desenvolvimento de crianças desde a gestação da mãe até atingir seis anos de idade, pois estas são acompanhadas mensalmente por voluntários (líderes) que são capacitados inicialmente em ações básicas de saúde. Durante as visitas os líderes conhecem a família e podem identificar algum causador de doença nas crianças, pois estes são capacitados quanto a alimentação, vacinação, higiene, massa corporal, reidratação oral, entre outros conhecimentos que possam a vir melhorar a qualidade da saúde dessas crianças.

No entanto, estudar o hábito de vida das crianças é de suma importância para literatura e de progresso no desenvolvimento e crescimento infantil. Sendo estas, uma população frágil e sensível a qualquer fator externo, como: local onde reside, educação familiar, cultura, condições de saneamento básico e alimentação.

A Pastoral da Criança tem papel admirável no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, pesando mensalmente as crianças na faixa etária de zero a seis anos de idade, e dando orientações aos pais/responsáveis quanto à vacinação, amamentação, higienização, aleitamento materno e entre outros.

Esse trabalho é de grande relevância na soma das atividades do enfermeiro no atendimento de puericultura, a partir da transmissão de informação dos pais ou responsáveis pela criança ao enfermeiro da Estratégia Saúde da Família (ESF), na promoção e prevenção de obesidade, da desnutrição, doenças parasitárias e entre outras. Como também convocar a participação dos enfermeiros nas capacitações dos líderes, e manter um maior contato dos líderes com os agentes comunitários de saúde, pois ambos têm um maior contato com as famílias. O estudo teve como objetivo investigar o perfil antropométrico e epidemiológico das crianças acompanhadas pelos líderes da Pastoral da Criança (PC), do município de Santa Cruz do Piauí.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo e transversal. Segundo Gil (2010) as pesquisas descritivas têm objetivo primordial de descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. Uma das características marcantes está no uso das técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como questionários e a observação sistemática. Polit e Beck (2011), afirmam que os estudos transversais envolvem coletas de dados em determinado ponto do tempo.

O estudo foi realizado no município de Santa Cruz do Piauí, que abrange uma área de 611,501 km², apresenta um clima tropical semiárido quente, tendo uma população de 6.025, sendo 4.067 residentes na zona urbana (IBGE, 2010). O mesmo ocorreu no período de dezembro de 2012 a setembro de 2013.

A pesquisa desenvolveu-se com o auxílio dos 14 líderes da Pastoral da Criança (PC) que atuam na zona urbana, os quais foram orientados pela pesquisadora. Os líderes são voluntários capacitados inicialmente em ações básicas de saúde como: acompanhamento da gestante, estímulo ao aleitamento materno, vigilância nutricional, promoção do crescimento, educação essencial, incentivo às imunizações e controle das infecções diarreicas.

A pesquisa constituiu de 126 crianças registradas no caderno dos líderes no ano de 2012. A amostra foi igual a população e faz parte da mesma, aquelas que se enquadraram nos critérios de inclusão e de exclusão citados abaixo.

Como critérios de inclusão foram estabelecidos os seguintes: criança de zero a seis anos de idade; ser acompanhada pelos líderes da Pastoral da Criança; residir na zona urbana; e os critérios de exclusão foram: apresentar alguma condição que interfira na mensuração dos dados antropométricos

As Variáveis do estudo foram: situação conjugal dos pais; Grau de escolaridade dos pais ou responsável; Quantas pessoas há na família, e quantas crianças. Situação laboral; Renda familiar; Atividades de lazer que os pais ou responsável realizavam com as crianças. Se as crianças já estuda ou não. Desnutrição;Sobrepeso ou Obesidade;Diarreia; Verificação do cartão de vacina da criança.Idade da criança: foram computadas em meses e anos;Sexo;Cor.

Ainda existe variáveis relacionadas ao IMC (Índice de Massa Corporal): A partir da obtenção das medidas de peso (kg) e estatura (cm e m). Utilizou-se de uma balança tipo gancho com o uso de rede ou de um macacãozinho, abalança foi colocada em uma barra suspensa, suportando o peso da criança, e assim permitiu a verificação do peso em quilogramas, o seu peso máximo é de 25 kg. E prevendo que a pesagem máxima desta, podia ser ultrapassada, utilizou uma balança digital. Um estadiômetro horizontal para medir o comprimento das crianças menores de 2 anos, e uma fita métrica de 1,5m fixada na parede, para medir a altura das maiores de 2 anos. Os dados foram classificados de acordo com a Caderneta de Saúde da Criança com as seguintes classificações: acima do percentil 97: classificar como sobrepeso; entre os percentis 97 e 3: faixa de normalidade nutricional; entre os percentis 10 e 3: classificar como risco nutricional; entre os percentis 3 e 0,1: classificar como peso baixo; abaixo do percentil 0,1: classificar como peso muito baixo (CADERNETA DA SAÚDE DA CRIANÇA, 2007).

Os dados foram coletados nos meses de agosto e setembro de 2013. Os pais/responsáveis eram convidados a comparecerem em uma quadra poliesportiva da cidade, com as crianças para mensuração de dados antropométricos e investigação de agravos à saúde. Onde ficaram esclarecidos os critérios de inclusão e exclusão elaborados para a pesquisa. Os dados coletados foram digitados e analisados utilizando o programa Microsoft Office Excel 2007 e o programa SPSS versão 20.0. Os resultados foram apresentados em tabelas e discutidos a partir da estatística descritiva e da literatura pertinente.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Piauí obtendo o CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética) sob número: 16529013.7.0000.5214.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

O desenvolvimento desta pesquisa teve como princípios a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), onde estabelece os preceitos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados e Discussão

Os dados coletados foram organizados de acordo com os grupos de respostas, apresentados na forma de tabelas e analisados utilizando a estatística descritiva.

TABELA 1- Dados de caracterização do perfil socioeconômico da criança. Picos – PI. 2013. n= 126.

Variáveis	f	%			
Cor					
Parda	67	53,2			
Branca	40	31,7			
Negra	18	14,3			
Amarela	1	0,8			
Sexo	f	%			
Masculino	63	50,0			
Feminino	63	50,0			
Estuda	f	%			
Sim	61	48,4			
Não	65	51,6			
Total	126	100,0			
	KS (Valor p)	Média	IQ	Mediana	
Idade das crianças	0,019	35,10	32	36,00	
Renda familiar	0,000	671,39	577	670,00	

KS: Kolmogorov-Smirnov; IQ: intervalo interquartilico (P75 – P25).

O presente estudo teve como principal objetivo investigar o perfil antropométrico e epidemiológico das crianças acompanhadas pelos líderes da Pastoral da Criança (PC), do município de Santa Cruz do Piauí, sendo este uma forma de levantar as doenças que mais acomete essa população, como também identificar as condições socioeconômicas dos pais, meio cultural em que vive, e como estes fatores pode vir influenciar no desenvolvimento saudável dessas crianças.

TABELA 2. Dados de saúde da criança. Picos – PI. 2013. n= 126.

Variáveis	f	%			
A criança mamou no peito	113	89,7			
Crianças com diarreia	16	12,7			
Beberam soro caseiro	9	7,1			
Insistiu na alimentação	15	11,9			
Crianças que adoeceram	72	57,1			
Situação vacinal da Criança	f	%			
Atualizado	113	89,7			
Desatualizado	13	10,3			
	KS (Valor p)	Média	IQ	Mediana	
Duração do AM	0,035	17,56	17	16,00	
Peso	0,000	14733,3	6300	14450,0	
		3		0	
Estatura	0,005	92,37	24	95,50	

KS: Kolmogorov-Smirnov; IQ: intervalo interquartilico (P75 – P25); AM: aleitamento materno.

No decorrer do estudo pode-se observar a preocupação das mães quanto a importância do aleitamento materno, uma vez que, das 126 crianças que participaram da pesquisa, 89,7% mamou no peito, por, em média, 17,56 meses. Diferente do estudo de Barbosa *et al.* (2009), realizado em São Paulo em que a duração média de aleitamento materno total das crianças foi 5,1 meses, isso está relacionado ao uso precoce de chupeta, famílias que apresentam renda menor ou igual a três salários mínimos, criança matriculada há menos de sete meses na creche, idade materna maior de 25 anos e mãe que mora sem companheiro.

No que se referem aos dados antropométricos, as crianças apresentaram uma boa média de peso (14.733,33g) e de estatura (92,37cm), pode se observar que a renda da família (mediana de 670 reais) não interferiu no peso e estatura, esse fator também está relacionado às orientações disponibilizadas pelos líderes da Pastoral da Criança, pois estes estimulam os pais a fazerem uma alimentação saudável com os próprios alimentos que existem em casa. (QUEIROZ *et al.*, 2012).

Quanto aos aspectos culturais, 67,5% dos pais acreditam em superstição quando o filho adoece, estes relataram como as doenças mais comuns o vento caído (38,9%) que pode ser caracterizado quando a criança apresenta inquietação, choros frequentes, assustada, entre outros; olho gordo (20,6%) onde os pais referem que o filho apresenta-se muito calmo, bocejamentos, febre e outros e olho gordo e inveja (2,4%) que é a associação das duas anteriores. Os responsáveis levam as crianças que se encontram com esses sintomas a senhoras rezadeiras, pois com a reza eles recuperaram a saúde. Lembrando que esta cura não é definitiva, pois a criança pode estar sujeita a outras doenças.

Neste estudo constatou-se que 78,6% dos pais fazem remédio caseiro para seus filhos quando estes se encontram doente ou com forma de prevenção. Essas crenças são passadas de geração a geração, sendo os mais utilizados os lambedores (31,7%) (mel de cana-de-açúcar ou de abelha, cravo, hortelão, limão e outros), soro caseiro (5,6%) e diferentes tipos de chá (26,4%) (chá de erva cidreira, coentro, casca de laranja, nós moscada, cebola branca, boldo, outros).

O acompanhamento do desenvolvimento das crianças no município de Santa Cruz do Piauí, conta com o trabalho dos Agentes Comunitário de Saúde, que acompanha crianças de 0 a 2 anos, como também com voluntários que participam da Pastoral da Criança (PC), que dão assistência a gestantes e crianças de 0 a 6 anos. Estes serviços oferecem à população uma maior participação nas práticas de saúde e promove uma autonomia comunitária. Segundo a pesquisa realizada no município, quando perguntado aos pais/responsáveis sobre a avaliação do trabalho desenvolvido pela PC, 68,3% consideraram o trabalho bom e 23,8% muito bom.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

A Pastoral da Criança (PC) é uma organização comunitária que faz parte de um trabalho desenvolvido pela igreja católica. Esta desenvolve capacitação de líderes comunitários através de uma equipe de apoio, nessas capacitações os novos líderes adquirem conhecimentos sobre saúde, nutrição, educação e cidadania, para depois compartilharem o saber com as famílias que acompanham. No decorrer do trabalho, novos aperfeiçoamentos relacionados ao cuidado com a saúde das crianças são disponibilizados aos líderes (QUEIROZ *et al.*, 2010).

Contudo pode-se notar que não cabe só aos órgãos públicos de saúde cuidar para um crescimento e desenvolvimento saudável das crianças, mas cabe também a toda a população que se sensibilize com esse público, e permitam que tenham uma vida digna, tendo direitos a educação, alimentação e saúde, para que no futuro transforma-se em cidadãos de bem, e com capacidades para ajudar os que precisam.

Conclusão

Os dados do presente estudo apontam que as atividades desenvolvidas pelos líderes da Pastoral da Criança contribuíram significativamente para crescimento saudável das crianças cadastradas, pois estas são pesadas todos os meses, e é dada orientação de saúde para seus pais/responsáveis. Esse trabalho é concretizado nas famílias de baixa renda, agindo nos problemas de desnutrição, sobrepeso, diarreia, vacinação, ambiente de moradia, ou seja, sobre tudo que possa vir a impedir uma vida digna e saudável. Estes líderes levam em consideração todo conhecimento e crenças já existentes na comunidade.

Sendo assim, foi possível traçar o perfil das crianças do município de Santa Cruz do Piauí que são cadastradas na PC, onde essa população é composta de quantidade igual de meninos e meninas, com uma faixa etária média de 36 meses, a maioria de cor parda e já estão matriculadas em escolas e creches do município. Quanto aos dados antropométricos as crianças apresentam peso e estatura adequados, com uma taxa de aleitamento materno satisfatória.

No decorrer da pesquisa, encontraram-se poucos artigos que abordam sobre o trabalho que a Pastoral da Criança desenvolve. Esta instituição ajuda no crescimento saudável das crianças carente em vários países pobres, desenvolvendo um trabalho voltado a saúde e bem-estar dessas crianças que vivem no ambiente de risco, sujeitos a adquirir várias doenças: diarreia, respiratórias, desnutrição e obesidade. E como os líderes da PC atuam diretamente na comunidade, é importante que haja parcerias entre as Secretarias Municipais de Saúde, onde juntas dariam uma maior assistência na atenção primária, impedido assim o surgimento de algumas doenças e tratando as existentes.

Referência

BARBOSA, M.B. *et al.* Fatores de risco associados ao desmame precoce e ao período de desmame em lactentes matriculados em creches. **Rev Paul Pediatr**, São Paulo, v.27,n.3, p.272-81,2009.

BRASIL. Resolução 466/2012. Decreto nº 12, de 12 de dezembro de 2013. Estabelece critérios sobre pesquisas envolvendo seres humanos. **Bioética**, Brasília, v. 4, n. 2, p. 59, 2013.

CARVALHO, M.F. *et al.* Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.3, p.675-685, mar.2008.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, p. 28. ep.147, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010 PIAUÍ**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_piaui.pdf. Acesso em: 12 Abril 2013.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7º ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

QUEIROZ, V.A.O. *et al.* Preditores do crescimento linear no primeiro ano de vida em uma coorte prospectiva de crianças a termo com peso adequado. **Jornal de Pediatria**. v. 88, n. 1, 2012.

QUEIROZ, S.M.P.L. *et al.* Percursos para promoção da saúde bucal : a capacitação de líderes na Pastoral da Criança da Igreja Católica do Brasil. **Interface Comunicação, saúde e Educ. Botucatu**. Paraná, v.14, n.34, p.619-32, jul./set.2010.

VICTORA, C. G. *et al.* Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet**. Rio de Janeiro, v. 377, n. 9780, p. 1863-76, 2011.

Agradecimentos

Agradeço a Deus, pois é ele que me dá força para lutar pelos meus objetivos, e agradeço a minhas professoras por todos os ensinamentos.

PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS COM CATETER TOTALMENTE IMPLANTADO: INFLUÊNCIA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Andreza Moura Magalhães Fereira (apresentador) – Acadêmica de Enfermagem. Bolsista PAVIC. Universidade de Fortaleza. Email: andrezamoura_1@hotmail.com

Mayerli Araújo de Lima – Enfermeira. Universidade de Fortaleza.

Taynah Gonçalves Viana - Acadêmica de Enfermagem. Universidade de Fortaleza.

Aline Mota Marques - Acadêmica de Enfermagem. Bolsista CNPq/PIBIC. Universidade de Fortaleza.

Raiany Leite Souza Sombra - Acadêmica de Enfermagem. Bolsista PAVIC.

Elizabeth Mesquita Melo (Orientador) – Doutora em Enfermagem. Universidade de Fortaleza.

Palavras-chave: Neoplasia. Cateterismo venoso central. Quimioterapia.

Resumo

O avanço crescente na oncologia demonstra o uso de várias opções de tratamento do paciente, incluindo o cateter venoso central totalmente implantado (CVCTI), possibilitando menor risco de complicações. Objetivou-se traçar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes oncológicos portadores de CVTI. Estudo exploratório descritivo, quantitativo, realizado em uma instituição privada, especializada em doenças neoplásicas, Fortaleza-Ceará, com 97 pacientes submetidos a tratamento de quimioterapia ou com tratamento concluído por CVTI. Dados coletados em fevereiro e março de 2013, com um roteiro estruturado, a partir do banco de dados informatizado da instituição e do livro de registro dos pacientes, organizados em uma planilha, analisados pela estatística descritiva e expostos em tabelas e gráficos. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética da instituição com nº 181.855. A maioria dos pacientes era do sexo feminino, predominando a faixa etária de 46 a 60 anos de idade. Em relação às neoplasias malignas, 14,4% eram hematogênicas (linfomas) e 86% sólidas. Os tumores sólidos mais frequentes foram os de mama (45,4%) e intestino grosso (24,7%). Grande parte dos pacientes (66%) apresentou um tempo de diagnóstico de um a cinco anos e 20,6% há menos de um ano. Quanto ao estado do tratamento de quimioterapia, 85,5% havia concluído o tratamento. O local eleito para implante do cateter foi a veia jugular interna direita, seguida da subclávia direita; o menos utilizado foi a veia femoral direita. O estudo proporcionou conhecimentos sobre o paciente portador de CVTI, contribuindo para o aprofundamento sobre tal dispositivo e influenciando na promoção da saúde.

Introdução

Dentre as doenças crônicas incidentes na população em geral, juntamente com as doenças cardíacas e pulmonares, insere-se o câncer, sendo que o tipo varia de acordo com a região, a faixa etária e o sexo, destacando-se fatores como hábitos de vida, alimentação e atividades laborais.

As transformações sociais e econômicas vivenciadas no Brasil desde o último século ocasionou mudanças relevantes no perfil morbimortalidade de nossa população. As doenças infecciosas e parasitárias, vistas como as principais causas de morte até o início do século passado, cederam lugar às doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2006).

O avanço crescente na área da saúde com o qual caminham a Hematologia e a Oncologia, entre outras áreas afins no controle do câncer, tem demonstrado o emprego de várias opções de tratamento, chamando atenção para a importância do uso de cateter totalmente implantado (CVCTI), como aliado no tratamento do paciente (CUNHA; LEITE, 2008).

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Esse artifício apresenta inúmeras vantagens, quando comparado ao cateter venoso convencional, uma vez que possibilita a permanência prolongada, além de apresentar menor risco de complicações para o paciente. Vale destacar, conforme Geraix, Campos e Campos (2007), que, além de fornecer maior conforto, tanto funcional quanto estético para o paciente, esse tipo de cateter apresenta menor índice de infecção quando comparado a outros cateteres disponíveis. Portanto, parece ser a opção ideal para pacientes que requerem uso de quimioterapia intermitente e prolongada.

Para o paciente portador de um CVCTI, os benefícios se refletem na minimização da dor e da ansiedade, acarretadas por repetidas punções ou dissecções venosas periféricas para receber a terapia indicada, e na maior liberdade e segurança para desenvolver suas atividades diárias, mesmo portando um dispositivo de acesso venoso. Dessa forma, esse artifício contribui para a melhor qualidade de vida do paciente, oferecendo possibilidades de desenvolvimento das atividades cotidianas de forma normal (BRASIL, 2008; SILVA, CAMPOS, 2009).

São inúmeras as vantagens que os CVCTI oferecem; por outro lado, tais dispositivos requerem profissionais experientes para seu manejo e podem, ocasionalmente, estar associados a complicações, incluindo sangramento, pneumotórax e infecção (WOLOSKER; YAZBEK; NISHINARI, 2004). São necessários cuidados rigorosos de antisepsia e assepsia, com o objetivo de prevenção de infecção, que é a principal complicação pós-operatória e obriga, na maioria das vezes, a retirada do cateter.

O CVCTI, por necessitar, para sua funcionalidade, de um procedimento invasivo, e por ser suporte para procedimentos terapêuticos complexos, em pacientes imunodepressivos, pode, com certa frequência, vir aliado a complicações. Esse tipos de acessos venosos centrais, entretanto, estão sendo cada vez mais solicitados, acompanhado dos avanços da oncologia e nutrição parenteral prolongada (NPP). (GERAIX; CAMPOS; CAMPOS, 2007).

Dentre as desvantagens do cateter totalmente implantado, cabe citar que, para sua implantação e retirada, se faz necessário um procedimento cirúrgico, o que torna o custo mais elevado em relação aos outros dispositivos. Além disso, o seu acesso é realizado através de punções e para isso são utilizadas agulhas específicas. Outra ressalva se faz quanto à dificuldade para infusão de grandes volumes, em relação ao cateter semi-implantado (BRASIL, 2008).

A padronização das ações e o treinamento constante dos enfermeiros qualificam o cuidado prestado e são de suma importância para que haja uniformidade e consenso dos profissionais. Antes de o enfermeiro manipular o CVCTI, devem ser avaliadas as condições do local: presença de hematomas ou equimoses, flutuação, edema, alta sensibilidade do paciente, sinais flogísticos e outros (BRASIL, 2008).

O CVCTI é indicado para pacientes que estão realizando quimioterapia e que apresentaram extravasamento, flebite e outras complicações. Depois de concluído o tratamento, fica sendo realizada a manutenção do cateter a cada 40 dias, em média, momento em que é observada a existência de fluxo e refluxo, além da presença de sinais flogísticos, sendo o mesmo lavado com solução salina associada com heparina. Destaca-se que essa manutenção é realizada exclusivamente pelo enfermeiro.

Geralmente as instituições especializadas no tratamento de pacientes oncológicos realizam o controle dos pacientes que estão com esse cateter em tratamento, bem como dos pacientes que concluíram o tratamento, mas que estão realizando a manutenção do cateter.

A prática assistencial com pacientes oncológicos em quimioterapia demonstra que o uso do CVCTI vem se difundindo, considerando suas vantagens para o paciente e para o tratamento, além da redução do estresse associado ao acesso periférico, o qual exige punções repetidas a cada sessão de quimioterapia, aliado à possibilidade de complicações, gerando maior ansiedade no paciente.

Dessa forma, é essencial o conhecimento do perfil do paciente mais frequentemente submetido ao procedimento de implantação desse cateter, com vistas a proporcionar dados para a elaboração de protocolos de manipulação e cuidados com o mesmo, reduzindo, assim, as complicações relacionadas e, conseqüentemente, melhorando a qualidade de vida do paciente. Dessa forma, o estudo possui como objetivo traçar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes oncológicos portadores de CVTI.

Metodologia

Estudo exploratório descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em uma instituição privada, com atendimento também a pacientes conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS), especializada no atendimento a pacientes portadores de doenças neoplásicas, de grande porte, caracterizada como de nível terciário, localizada em Fortaleza-Ceará.

A população foi composta por todos os pacientes diagnosticados com câncer, submetidos a tratamento de quimioterapia, por meio de CVCTI, identificados durante o período da coleta de dados, bem como aqueles pacientes que concluíram o tratamento, mas que continuavam com o cateter em manutenção ou que haviam concluído o tratamento e necessitaram reiniciá-lo.

A amostra foi constituída por 97 pacientes, sendo definida a partir dos seguintes critérios de inclusão: ser maior de 18 anos e apresentar funcionalidade no cateter. Como critérios de exclusão, foram estabelecidos: inexistência de dados pertinentes à pesquisa; e pacientes que evoluíram para óbito, visto que geralmente estes são retirados do banco de dados da instituição.

Os dados foram coletados durante o período de fevereiro a março de 2013, utilizando-se um roteiro estruturado, contendo dados sócio-demográficos, além de dados relacionados à doença, ao tratamento e ao cateter, tais como: sexo, idade, tipo de câncer, localização topográfica, data do diagnóstico, estado e tempo do tratamento, tempo de uso do cateter, local da punção e realização da manutenção do cateter. Essas informações foram coletadas a partir do banco de dados informatizado da instituição.

A organização dos dados deu-se em uma planilha no Programa Excel 2007, sendo analisados por meio da estatística descritiva, com ênfase para a frequência absoluta e relativa sem expostos em tabelas e gráficos. Seguindo-se as recomendações da Resolução 196/96, a qual estabelece princípios para pesquisas desenvolvidas com seres humanos (Brasil, 1996), o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da instituição alvo do estudo, aprovado com parecer nº 181.855.

Resultados e Discussão

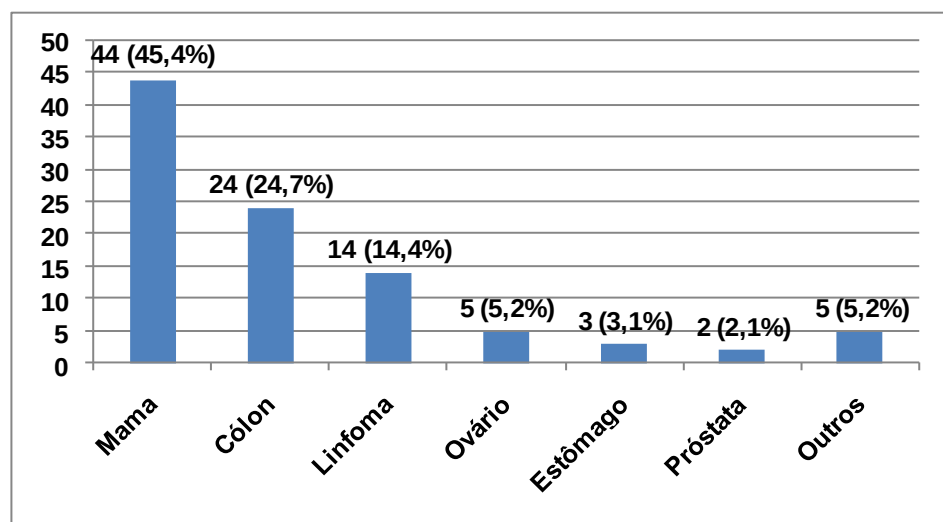
Os resultados levantados possibilitaram o conhecimento do perfil do paciente oncológico em uso de CVCTI, com enfoque nos aspectos sócio-demográficos e clínicos, bem como aspectos relacionados ao cateter.

A faixa etária predominante foi a de 46 a 60 anos de idade (41,24%), seguida da faixa etária 61 a 75 anos com 30,93%, a faixa de pacientes com idade superior a 75 anos, com 12,37% e a de 31 a 45 anos com 10,31%. A faixa etária menos incidente foi a menor de 30 anos, com cinco pacientes (5,145%). Quanto ao sexo, a maioria era do sexo feminino (75,26%).

Notou-se predomínio de pacientes na idade adulta, o que pode contribuir para a melhor resposta dos pacientes ao tratamento quimioterápico. Estudo anterior com pacientes em tratamentos quimioterápico demonstrou que os pacientes mais jovens apresentaram mais frequentemente depressão quando comparados aos pacientes acima de 40 anos, não comprometendo o tratamento quimioterápico (FRANZI; SILVA, 2003).

Gráfico 1-Distribuição dos pacientes segundo a localização do tumor. Fortaleza, 2013.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde



Fonte: Banco de dados informatizado da instituição.

Em relação à localização do tumor entre os paciente enfocados no estudo, os resultados demonstram a predominância de tumor na mama, observado em 45,4%. O cólon foi o segundo local em que mais se apresentou tumor, com 24,7%. Em seguida foram verificados: linfoma (14,4%); ovário (5,2%), estômago (3,1); e próstata (2,1%). Outros locais afetados, com 5,2%, incluíram: pulmão, esôfago, fossas nasais.

Embora seja considerado um câncer de bom prognóstico, o câncer de mama constitui a maior causa de morte entre as mulheres brasileiras, principalmente na faixa entre 40 e 69 anos, com mais de 11 mil mortes/ano, conforme estatísticas do ano de 2007. Isso porque na maioria dos casos a doença é diagnosticada em estádios avançados (BRASIL, 2011).

Tabela 1-Distribuição dos pacientes segundo o tempo de diagnóstico e estado do tratamento. Fortaleza, 2013.

Variáveis	N	%
Tempo de diagnóstico		
< 1 ano	20	20,6
1 a 5 anos	64	66,0
> 5 anos	13	13,4
Estado do tratamento		
Concluído	83	85,5
Em andamento	02	2,1
Reiniciado	12	12,4
Total	97	100

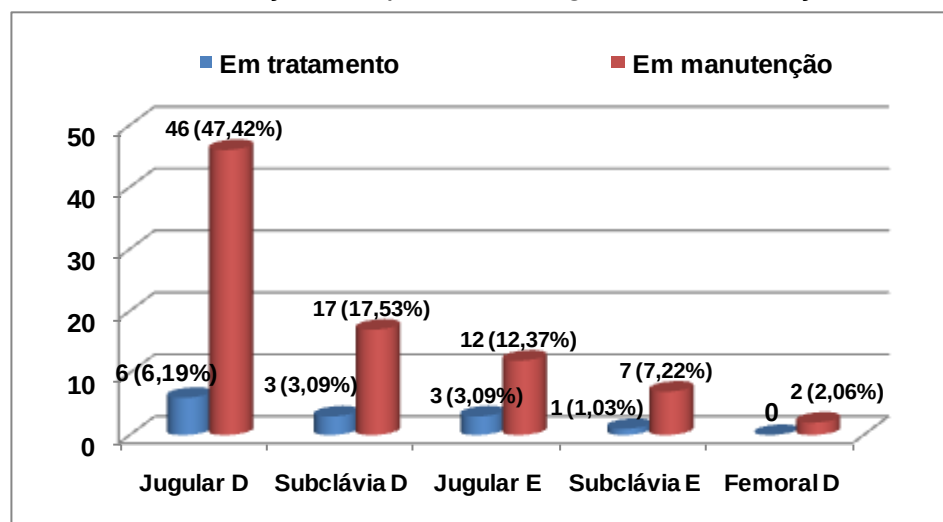
Fonte: Banco de dados informatizado da instituição.

No que se refere ao tempo de diagnóstico do tumor, grande parte tinha identificado no período de um a cinco (66%); 20,6% pacientes tinham confirmado o diagnóstico há menos de um ano e 13,4% conheciam o diagnóstico há mais de cinco anos.

A respeito do estado do tratamento, a maioria dos pacientes inseridos no estudo (85,5%), havia concluído o tratamento, enquanto 12,4% necessitaram reiniciá-lo e somente 2,1% estavam com o tratamento em andamento.

A quimioterapia representa um avanço na cura e controle do câncer, aumentando a expectativa de vida do paciente. É essencial, no entanto, que os profissionais de saúde que atuam nessa área tornem efetiva sua orientação quanto aos objetivos e efeitos colaterais do tratamento quimioterápico, além, sobretudo, de oferecer apoio emocional.

Gráfico 2-Distribuição dos pacientes segundo a localização e o estado do cateter. Fortaleza, 2013.



Fonte: Banco de dados informatizado da instituição.

Segundo os dados referentes à localização do cateter, em mais da metade dos pacientes, a escolha foi a veia jugular direita, correspondendo a 53,61%. Como segunda opção do vaso pelo médico, houve destaque para a veia subclávia direita, com o percentual de 20,62%. A veia jugular direita ocupou o terceiro lugar como local do acesso, identificada em 15,46%. A veia subclávia esquerda foi verificada em oito pacientes, perfazendo 8,25% da amostra. Destaca-se que apenas dois pacientes (2,06%) tinham o cateter implantado na veia femoral direita. Quanto ao estado do cateter, a maioria dos pacientes, com o total de 86,6% encontrava-se com o cateter em manutenção, enquanto 13,4% estavam em tratamento atual.

Embora não tenha sido identificado como principal local a veia subclávia direita, é oportuno salientar que Ortolani, Gasparino e Traldi (2012) identificaram em sua investigação acerca das complicações em pacientes portadores de cateter totalmente implantado, como principal local para inserção a veia subclávia direita.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Conclusão

O aumento do número de casos de câncer no Brasil e no mundo, e com os novos tratamentos existentes, o cateter totalmente implantado tornou-se um meio importante para que o paciente oncológico possa suportar as várias sessões de quimioterapia, minimizando a dor e a ansiedade durante tratamento.

As complicações relacionadas a esse dispositivo são mínimas, quando comparadas aos outros tipos de cateter, além do mesmo ser mais discreto, não ficando a mostra e, com isso, contribuindo para a melhor auto-estima do paciente.

Considerando os achados desse estudo, a faixa etária predominante foi a de 46 a 60 anos de idade, com prevalência do sexo feminino, o que levou a um maior percentual de tumores na mama, seguido do câncer de cólon. Quando observado o tempo de diagnóstico do tumor, grande parte dos pacientes conhecia o diagnóstico em um período de um a cinco anos e a maioria havia concluído o tratamento.

Em mais da metade dos pacientes o local eleito para a punção do cateter foi a veia jugular direita, sendo a subclávia direita a via de segunda opção, embora a literatura recomende este último local como primeira opção. A respeito do estado de cateter, a maioria dos pacientes encontrava-se com o cateter em manutenção.

O estudo proporcionou conhecimentos a respeito do paciente portador de CVTI, contribuindo para o aprofundamento sobre tal dispositivo. Apesar do responsável pela punção do CVCTI ser o cirurgião, o enfermeiro tem papel importante na manutenção do cateter, sendo essencial o conhecimento sobre as técnicas de manuseio, reduzindo as complicações associadas ao cateter.

Referências

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96**. Decreto nº 93.333 de janeiro de 1987. Estabelece Critérios sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Bioética, v. 4, n. 2, Supl., 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro. Epidemiologia e serviços de saúde. **Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil**, v. 15, n. 1, p. 47-65, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. **Publicação do Instituto Nacional do Câncer**, v. 3, Rio de Janeiro, 2008

BRASIL, Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle do Colo do Útero e de Mama- Viva Mulher. Instituto Nacional do Câncer, Rio de Janeiro, 2011

CUNHA, M.A.L.C.; LEITE, J.L. O ser portador de um cateter venoso central: a percepção do cliente e a contribuição da Enfermagem. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 54, n.2, p.139-145, 2008.

FRANZI.S.A, SILVA.P.G. Avaliação da qualidade de vida em pacientes submetidos à quimioterapia ambulatorial no Hospital Heliópolis. **Revista brasileira de cancerologia**, v. 49, n. 3, p. 153-8, 2003.

GERAIX, A. P. M; CAMPOS, G. F.; CAMPOS, R. G. Cateter venoso totalmente implantável. **Revista Terra e Cultura**, v. 23, n. 44, p. 44-49, jan-julM 2007.

ORTOLANI, L.; GASPARINO, R. C.; TRALDI, M. C. Complicações associadas ao uso de cateter totalmente implantável em crianças e adolescentes. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 59, n. 1, p. 51-56 2013.

SILVA, S. S.; CAMPOS, R. G. Complicações com o uso do cateter totalmente implantável em pacientes oncológicos: revisão integrativa. **Cogitare Enferm**, v. 14, n. 1, p. 159-64, 2009.

WOLOSKER, N.; YAZBEK, G.; NISHINARI, K.; MALAVOLTA, L. C.; MUNIA, M. A.; LANGER, M. *et al.* Totally implantable venous catheters for chemotherapy: experience in 500 patients. **Sao Paulo Med J**, v. 122, N. 4, p.147-51, 2004.

Agradecimentos

A todos os pacientes em tratamento oncológico, para que tenham cada vez mais força para lutar; aos enfermeiros que atuam na área de oncologia; e a prof^a orientadora, Dra. Elizabeth Melo, pela disponibilidade e dedicação.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

PERFIL DAS PRÁTICAS DE HIGIENE BUCAL EM PACIENTES HOSPITALIZADOS

Ilana Elen Andrade Mariano Nobre – Universidade Federal do Ceará
Amanda de Fátima Alves Costa – Universidade Federal do Ceará
Jennara Cândido do Nascimento – Faculdade Integrada do Ceará
Joselany Áfio Caetano (Orientador) – Universidade Federal do Ceará

Palavras-chave: Higiene bucal. Enfermagem. Hospitalização.

Resumo

A cavidade oral, um ecossistema de crescimento aberto, exhibe grande quantidade e variedade de microrganismos, repetidamente introduzidos e removidos. Portanto, medidas para a redução dos focos de infecção de origem bucal englobam desde cuidados e técnicas de higienização à busca de produtos que auxiliem na homeostase do ambiente bucal. O estudo foi realizado em um hospital universitário. A amostra foi constituída por 74 pacientes. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um formulário semi-estruturado. O estudo teve como objetivo investigar as práticas de higiene bucal realizada por pacientes e/ou seus cuidadores em ambiente hospitalar. O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal do Ceará/PROPESQ, o qual foi aprovado conforme parecer nº 300.164/13. A partir da análise dos resultados foi possível identificar que, dentre os fatores de risco sistêmicos, o diabetes mellitus e o uso de antibióticos foram prevalentes em pacientes hospitalizados. O uso de próteses dentárias associado ao tempo de uso superior a cinco anos está diretamente relacionado à formação de estomatites. O estudo mostrou a limitação dos materiais utilizados pelos indivíduos, restringindo-se ao uso de escova e creme dental, comprometendo a remoção do biofilme, expondo os indivíduos a ocorrência de infecções em diferentes níveis de severidade. O uso desses materiais na higienização da cavidade oral não é suficiente para a promoção da saúde bucal. Os resultados demonstram a necessidade do direcionamento da atenção da equipe de enfermagem para a avaliação, reconhecimento e direcionamento dos cuidados aos pacientes sobre seus cuidados com a higiene da cavidade oral.

Introdução

Características anatômicas e fisiológicas da cavidade oral, como superfície coronária dos dentes, mucosa da bochecha, dorso da língua, sulco gengival e saliva, favorecem o desenvolvimento de nichos ecológicos tanto para a flora indígena como transitória ⁽¹⁾. Dentre as patologias sistêmicas causadas pela migração de patógenos acumulados na cavidade bucal, destacam-se a endocardite bacteriana e as pneumonias ⁽²⁾. Essas últimas são responsáveis por uma significativa parcela de morbidade e mortalidade em pacientes de todas as idades ⁽³⁾. Adicionalmente, elevam os custos à população, na medida em que aumentam a demanda terapêutica e o tempo de permanência hospitalar, sendo reconhecidas como importante problema de saúde pública no mundo ⁽⁴⁾.

A realização de uma higiene bucal adequada é fundamental para a prevenção de patologias locais, como a carie, a gengivite e o mau hálito ⁽⁵⁾. Entretanto, em determinados contextos, a exemplo do hospitalar, a negligência com a higiene bucal expõe as pessoas a outras complicações, devido à colonização de órgãos e sistemas que se encontram funcionantes, por microrganismos presentes no biofilme (placa bacteriana) e na orofaringe, causando-lhes injúrias em diferentes níveis de ⁽⁶⁾ ⁽⁷⁾.

Diante do exposto, procedeu-se às seguintes proposições: como está sendo realizada a higiene bucal dos pacientes no ambiente hospitalar? Existe diferença entre o desempenho realizado e o desempenho esperado? Acredita-se que o estudo poderá contribuir para

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

a promoção da saúde das pessoas em situação de internamento, oferecendo informações acerca do tipo e qualidade de higiene bucal realizada pelos pacientes e/ou seus cuidadores, melhorando o desfecho destas pessoas, contribuindo para a sua segurança. O estudo teve como objetivo investigar as práticas de higiene bucal realizada por pacientes e/ou seus cuidadores em ambiente hospitalar

Metodologia

Estudo descritivo, transversal, que investigou as práticas de higiene bucal realizada por pacientes hospitalizados e/ou seus cuidadores em um hospital universitário. O estudo foi realizado em um hospital centro de referência para a formação de recursos humanos e o desenvolvimento de pesquisas na área da saúde. A população do estudo foi representada por todos os pacientes que se encontravam internados na referida unidade durante o período de junho a outubro de 2013, bem como seus cuidadores.

Como critérios de inclusão para os pacientes adotou-se os seguintes parâmetros, a saber: ser maior de 18 anos, possuir tempo mínimo de internação de quatro dias, não estar em isolamento por doenças infectocontagiosas, independente do uso de prótese (parcial ou total). Foram desconsiderados para fins de ingresso neste estudo, os pacientes que apresentaram lesões importantes de mucosa oral, a exemplo das lesões malignas que acometem boca e laringe e as queimaduras, além daqueles que foram submetidos à mandibulectomia no período da coleta. Já para os cuidadores, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: tempo de acompanhamento mínimo de quatro dias e possuir tempo para responder as questões relacionadas à higiene bucal. Ressalta-se que esta amostra foi escolhida por conveniência. Primeiramente, foi explanado para cada participante os objetivos da pesquisa, para isso foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, somente, após a assinatura foram distribuídos os instrumentos. O TCLE foi assinado em duas vias, um para o pesquisador e a outra para o participante entrevistado. Em seguida, o participante foi conduzido a um ambiente calmo, privilegiando a privacidade para a realização da entrevista. Foram realizados esclarecimento e clarificação do questionário quando solicitado ao pesquisador.

Durante a aplicação dos instrumentos para coleta de dados em relação à higiene bucal, alguns sujeitos se recusaram a participar do estudo. Em geral, a maioria dos participantes aceitou colaborar com a pesquisa. A duração do preenchimento do questionário foi de aproximadamente de 30 minutos.

Para a obtenção dos dados clínicos (tempo de internação hospitalar, motivo da internação, medicamentos em uso), foram consultados os prontuários dos pacientes, onde foram coletadas informações referentes ao uso de medicamentos, o período e causa de internação, não havendo dificuldades na obtenção desses dados. Os dados referentes a higiene bucal foram obtidos através da aplicação de um questionário direcionado ao paciente ou cuidador.

Os dados obtidos foram analisados mediante estatística descritiva, sendo posteriormente representados em quadros e tabelas, e discutidos de acordo com aspectos da literatura pertinente. O estudo foi realizado conforme a Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal do Ceará/PROPESQ, o qual foi aprovado conforme parecer nº 300.164/13.

Resultados e Discussão

A amostra foi composta por 55 (74,3%) pacientes, em sua maioria do sexo masculino (54,5%), com idade maior de 58 anos (34,5%), com uma média de 49 anos. Houve a predominância de pacientes com idade mais elevada destacando-se o intervalo entre 48 e 58 anos e acima de 58 anos. A atenção à saúde bucal de indivíduos de maior faixa etária, com destaque para aqueles acima de 60 anos, denominados de idosos, vem aumentando devido ao crescimento significativo da população idosa, isso devido ao aumento da expectativa de vida ⁽⁸⁾.

Na avaliação dos dados clínicos observou-se que 83,8% (62) dos sujeitos possuíam fatores de risco sistêmicos, fatores que aumentam a vulnerabilidade da cavidade oral, tornando-a porta de entrada de microorganismos e aumentando o risco de infecções, dentre eles 41,9% estavam em uso de antibióticos e 38,7% eram portadores de diabetes mellitus. Estes possuem como características boca seca, devido à diminuição da produção de saliva, um fator que prejudica a saúde bucal, deste modo, a manutenção da saúde oral dos diabéticos, depende, em parte, do controle da boca seca, e das técnicas de escovação empregadas, sendo ambas enquadradas como suas maiores deficiências ⁽⁹⁾.

Outro fator de destaque no estudo foi a presença de pacientes que utilizavam prótese dentária parcial ou total, representando 50% da população envolvida no estudo, sendo que destes 32,4% afirmaram o uso da mesma prótese por mais de cinco anos. É comum em idosos com algum comprometimento dentário, a utilização de próteses ou implantes dentários ⁽¹⁰⁾. Como consequência, a perda de dentes e a utilização de próteses dentárias parciais ou totais é algo comum em indivíduos idosos, apresentando uma repercussão estética e fisiológica, o uso contínuo de próteses acarretam o desenvolvimento de estomatites, gerando desconforto e soluções de continuidade na mucosa oral ⁽¹⁰⁾.

Em relação ao uso de antibióticos: Ciprofloxacino, Oxacilina, Piperacilina+Tazobactam, Ceftriaxona, Teicoplanina e Metronidazol. Estes fármacos possuem como característica a alteração da homeostase corporal, permitindo a proliferação de bactérias patogênicas. Adicionalmente, estes fármacos possuem efeitos adversos que provocam alterações diretas na mucosa oral, tais como: monilíase, estomatite ulcerativa, glossite, além de náuseas e ⁽¹²⁾. Esses efeitos adversos aumentam a vulnerabilidade da cavidade oral do indivíduo às bactérias patogênicas, além de promover a formação de soluções de continuidade, tornando-se assim, porta de entrada de microorganismos.

Quanto aos materiais utilizados na realização do procedimento, 55,4% dos envolvidos no estudo relataram uso exclusivo de escova e creme dental. O método mais utilizado para a realização da higienização da prótese dentária escolhido por pacientes é a escovação com creme dental ⁽⁸⁾ ⁽¹¹⁾.

Quando questionados em relação à frequência que da higiene da cavidade oral, 81,1% responderam que é necessário sempre realizar o procedimento. Porém, quando se avalia a prática de pacientes institucionalizados a frequência da realização do procedimento é de apenas uma vez ao dia. A frequência necessária para a higienização da cavidade oral é de 4/4 horas, principalmente em pacientes em estado crítico, como os em uso de ventilação mecânica ⁽¹³⁾.

Quando relacionamos a importância do procedimento ao período de internação hospitalar, 100% dos participantes consideraram importante a higiene oral. Dentre os motivos citados, foi relatado o risco de infecções hospitalares, a manutenção da higiene e rotina domiciliar. Outro estudo constatou que a percepção dos indivíduos quanto à higiene bucal envolve uma série de fatores, como o psicológico, social e físico, além do emocional, enquadrando o relacionamento interpessoal e seus hábitos regulares ⁽¹⁴⁾.

Conclusão

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

A partir da análise dos resultados foi possível identificar que, dentre os fatores de risco sistêmicos, o diabetes mellitus e o uso de antibióticos foram prevalentes em pacientes hospitalizados. Vale destacar a importância do acompanhamento desses sujeitos, levando em consideração os efeitos da patologia e do uso desses medicamentos na cavidade oral, como a diminuição da produção de saliva, proporcionando um ambiente favorável para a proliferação de microorganismos, necessitando de orientações sobre essa condição.

Os resultados demonstram a necessidade do direcionamento da atenção da equipe de enfermagem para a avaliação, reconhecimento e direcionamento dos cuidados individualizados aos pacientes sobre seus cuidados com a higiene da cavidade oral.

Quanto às limitações para o estudo, destaca-se o número restrito de pacientes com dependência total incluídos neste estudo. Ainda não foi possível avaliar as condições de higiene bucal destes pacientes, representando um desafio para ações de promoção da saúde no contexto hospitalar. Outros estudos serão necessários para gerar evidências que possam contribuir para a criação de estratégias mais eficazes para o direcionamento das ações de enfermagem.

O estudo proporcionou o conhecimento sobre as condições clínicas, os métodos e produtos utilizados na higiene da cavidade oral de pacientes em contexto hospitalar, proporcionando à equipe de enfermagem informações para a atuação na resolução das deficiências apresentadas, promovendo, assim, a segurança do paciente em ambiente hospitalar.

Referências

- MARIANO, B. M. F. ; OLIVEIRA, N. S. ; SERUFO, J. C. Controle de riscos em serviços odontológicos. In: COUTO, R. C; PEDROSA, T. M. G; CUNHA, A. F. A; AMARAL, D. B et al. **Infecção hospitalar e outras complicações não-infecciosas da doença: epidemiologia, controle e tratamento**. 4ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- LIMA, D. C; SALIBA, N. A; GARBIN, A. J. I; FERNANDES, L. A; GARBIN, C. A. S. A importância da saúde bucal na ótica de pacientes hospitalizados. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, p.1173-80, nov. 2011.
- KAHN, S. ; GARCIA, C.H. ; JUNIOR, J. G. ; NAMEN, F.M. ; MACHADO, W. A. S. ; JUNIOR, J. A. da S. ; SARDENBERG, E. M. S. ; EGREJA, A. M. ; Avaliação da existência de controle de infecção oral nos pacientes internados em hospitais do estado do Rio de Janeiro. **Cien. Saúde Colet.** , Rio de Janeiro, v.13, n.6, p. 1825-31, dez. 2008.
- OLIVEIRA, T. F. L; GOMES FILHO, I. S; PASSOS, J. L; CRUZ, S. S; OLIVEIRA, M. T; TRINDADE, S. C; MACHADO, A. S. Fatores associados à pneumonia nosocomial em indivíduos Hospitalizados. **Rev. Assoc. Med. Bras.** , São Paulo, v.57, n.6, p. 630-36, set. 2011.
- AMORIM, J. A. ; LINS, R. D. A. U. ; SOUZA, A. D. ; ALVES, R. D. ; LUCENA, M. A. S. M. R. N. Aspectos epidemiológicos e etiológicos da halitose. Considerações recentes. **Rev Bras Odontol**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 1, p. 76-80, jun. 2010.
- CALDEIRA, P. M; COBUCCI, R. A. S. Oral hygiene of patients in orotracheal intubation admitted to na intensive care unit. **Revista Enfermagem Integrada**, Minas Gerais, v.4, n.1, p.731-41, ago. 2011.
- MORAIS, T. M. N; SILVA, A; AVI, A. L. R. O; SOUZA, P. H. R; KNOBEL, E; CAMARGO, L. F. A. Importance of dental work in patients under intensive care unit. **Rev. Bras. Terap. Intens.** , São Paulo, v.18, n.4, p. 412-17, dez. 2006.
- EVREN, B. A. ; ULUDAMAR, A. ; ISERI, U. ; OZKAN, Y.K. The association between socioeconomic status, oral hygiene practice, denture stomatitis and oral status in elderly people living different residential homes. **Archives of Gerontology and Geriatrics**,v.53, p. 252–257, jan. 2011.
- YUEN, H. K. ; WENG, Y. ; BANDYOPADHYAY, D. ; REED, S.G. ; . LEITE, R.S. ; SILVER, R.M. Effect of a multi-faceted intervention on gingival health among adults with systemic sclerosis.**Clin Exp Rheumatol**, v. 29, n. 65; p.26-32, mar. 2011.
- PUTTEN, G. J. van der; VISSCHERE, L. de; MAAREL-WIERINK, C; VANOBBERGEM, J; SCHOLS, J. The importance of oral health in (frail) elderly people – a review. **European Geriatric Medicine**; v. 4, n. 5, p. 339–344, jul. 2013.
- PERACINI, A. ; ANDRADE, I. M. de; PARANHOS, H. de F. O; SILVA, C. H. L. da; Souza, R. F. de. Behaviors and hygiene habits of complete denture wearers. **Brazil Dental Journal**, v. 21, n. 3, p. 247-252, jun. 2010. doi: 10.1590/S0103-64402010000300013.
- ANVISA, 2013. **Bulário Eletrônico**. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/index.asp
- ORLANDINI, G. M; LAZZARI, C. M. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre higiene oral em pacientes criticamente enfermos. **Revista Gaúcha Enfemagem**, Porto Alegre, v.33, n.3, p.34-41, jul. 2012.
- EDWARD, K. L. ; FELSTEAD, B. ; MAHONEY, A. M. ; . Hospitalized mental health patients and oral health. **J Psychiatr Ment Health Nurs**; v.5,n.19, p. 419-25, 2012.

Agradecimentos

Agradeço aos pacientes e cuidadores que aceitaram participar do estudo e a CAPES pelo apoio financeiro com a manutenção da bolsa de auxílio.

PERFIL DE CRIANÇAS VÍTIMAS DE QUEIMADURA: REVISÃO INTEGRATIVA.

Liliana Vieira Martins Castro – Faculdades INTA e E-mail: lilianavieiracnd@hotmail.com

Luiza Estefânia Lima de Sousa – Faculdades INTA

Andréa Oliveira Brito – Faculdades INTA

Danielle d'Ávila Siqueira – Faculdades INTA

Ana Railka de Sousa Oliveira – Faculdades INTA

Profa. Mest. Rosalice Araújo Sousa – Faculdades INTA

Palavras-chave: Epidemiologia, queimaduras, crianças.

Resumo

As queimaduras são lesões cutâneas sendo ocasionadas por ações direta ou indireta do calor tendo como causas principais as substâncias inflamáveis e os líquidos superaquecidos, o contato com superfície aquecida, corrente elétrica e também com agentes químicos. (Monte et al, 2010). No Brasil, os estudos epidemiológicos sobre essa temática é escasso, a maioria das vítimas de queimaduras são crianças em idade escolar. Esse estudo tem como objetivo investigar dentro da base de dados online da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) o perfil de criança vítima de queimaduras. Para melhor estudo a investigação epidemiológica, aliou-se a métodos descritivo de caráter qualitativo, junto com dados coletados de artigos científicos. Diante dos estudos foi possível constatar que há uma urgência para tomar decisões para uma medida de controle, prevenção e redução de acidentes, bem como a produção de estudos possa colaborar no combate desses acidentes. De acordo com a pesquisa a principal faixa etária de crianças esta entre 1 a 4 anos, predominante do sexo masculino. Principais agentes causadores os líquidos aquecidos, chamas abertas e traumas elétricos. O grau de profundidade das lesões são as queimaduras de 2º grau, sendo as principais regiões atingidas o tórax e abdome e membros superiores. Os tratamentos mais utilizados são os procedimentos cirúrgicos (debridamento e enxertia), sendo que em alguns casos foram necessários uso de procedimentos invasivos como acesso venoso central, sondagem vesical de demora e sondagem nasogástrica/nasoentérica.

Introdução

As queimaduras são apontadas como sendo um problema de saúde pública, uma vez que as vítimas representam um importante compromisso social e econômico durante o período de internação e durante todo o processo de recuperação, classificada como causas externas, contribuem de maneira preocupante com o aumento dos índices de morbimortalidade. (DUTRA et al, 2011). De acordo com Monte et al. (2010) as queimaduras são lesões cutâneas sendo ocasionadas por ações direta ou indireta do calor tendo como causas principais as substâncias inflamáveis e os líquidos superaquecidos, o contato com superfície aquecida, a corrente elétrica, como também por agentes químicos. As queimaduras estão entre as principais causas externas de morte registradas no Brasil, permanecendo atrás somente das causas violentas, entre elas incluem os acidentes de transporte e homicídios (ROSSI et al, 2003). Estima-se que a queimadura é uma das maiores agressões que podem atingir o homem, em decorrência não apenas da sua grande incidência sobre todas as idades, mas, principalmente, por sua capacidade de produzir sequelas funcionais, estéticas e psicológicas, e da alta taxa de mortalidade. No Brasil, os estudos epidemiológicos sobre essa temática são muito escassos, sobretudo, alguns estudos afirmam que a maioria das vítimas de queimaduras são crianças em idade escolar. A investigação epidemiológica é um trabalho de campo, realizado a partir de casos notificados (cl clinicamente declarados ou suspeitos) e seus contatos, buscando como finalidade a identificação das fontes de infecções e os modos de transmissão, identificar grupos expostos a maior risco e fatores de risco, a confirmação de diagnósticos e

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

determinar as principais características epidemiológicas (BRASIL, 2009). A queimadura em crianças em sua grande maioria acontece no ambiente doméstico, provocadas principalmente pelo contato de líquidos quentes sobre o corpo, como água fervente na cozinha, água quente de banho e bebidas e contatos com objetos quentes. Nesses casos as queimaduras costumam ser mais superficiais, porém mais extensas (VALE, 2005). O atendimento às crianças queimadas deve ser diferenciado, sobretudo por necessitar de uma assistência intensiva e contínua, muitas vezes angustiante para toda a equipe. Deve-se incluir a família em todos os momentos do tratamento da criança queimada. Nesse momento, a adoção de um atendimento humanizado é imprescindível à recuperação da vítima. A assistência prestada ao paciente queimado pela equipe de enfermagem é conceituada peça fundamental no cuidado aos pacientes com dor de decorrência de sua aproximação a estes. Visto que a competência desses profissionais consiste principalmente em amenizar a dor e o sofrimento, salienta-se que o cuidado ao paciente deve ser individualizado e integral com características exclusivas, mencionando como indispensável o reconhecimento da dor, a qual pode ter como indispensável o reconhecimento da dor, a qual pode ter como consequência a restauração da analgesia (SILVA e RIBEIRO, 2011). A assistência de enfermagem a esses pacientes vítimas de queimaduras deve ser imediata, considerando o estado fisiológico e emocional, a fim de estabilizar o paciente e amenizar os danos sofridos, uma vez que a pele apresente exposição de áreas propícias à infecções em decorrência da exposição dessas áreas. Atualmente, a queimadura em criança tem se tornado um problema de saúde pública, é de fundamental importância o profissional de enfermagem obter conhecimentos sobre as novas técnicas de cuidados a esses pacientes. Essa pesquisa possui uma significativa relevância, propõe novos estudos sobre a temática buscando a atualização do profissional de enfermagem e discussão sobre assunto. Dessa forma, objetiva-se proporcionar subsídios suficientes para promover um atendimento de qualidade, eficaz a redução dos indicadores e atualização dos profissionais, quanto à melhoria da assistência de enfermagem, assim como promover a criação de medidas educativas mais eficazes.

Metodologia

Este estudo conduziu uma revisão integrativa, com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada a partir de um levantamento de vários artigos encontrados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) referente aos anos de 2009 a 2013. A escolha desses artigos se deu pelo o fato de serem dados confiáveis e atualizados com frequência, proporcionando uma pesquisa de qualidade na área da saúde. A coleta desses dados foi realizada durante o período de junho e julho de 2013. As informações dessas pesquisas foram realizadas da seguinte forma: Ao colocar o nome queimaduras na Biblioteca Virtual, foram encontrados 3236 artigos, após o lançamento dos filtros de literatura publicada em português, artigos na íntegra, artigos publicados nos anos de 2009 a 2013 e nas bases de dados eletrônicas definidas restaram 35 artigos e destes, elegeu-se 8 artigos, os quais são inerentes à temática estabelecida para estudo. A análise dos dados foi realizado a partir da temática dos artigos, buscando responder a seguinte pergunta: “Qual o perfil das crianças vítimas de queimaduras?” Foi utilizado um instrumento norteador para essa pesquisa dentro do âmbito hospitalar, sendo possível após a aplicação desse instrumento a elaboração de uma revisão temática, obtendo uma gama de resultados, a partir da interpretação e síntese de dados utilizados o método de comparação dos dados. As obras de autores utilizados para a produção desta pesquisa foram devidamente respeitadas segundo a ordem dos direitos autorais.

Resultado e Discussões

Foram analisados oito artigos provenientes de oito periódicos distintos, deste destaque os que mais apresentaram trabalhos para este estudo, que foram: a Revista Brasileira de Queimaduras e a Revista de Cirurgia Plástica, as mesmas apresentaram dois artigos cada uma. Quanto ao ano de publicação, os artigos selecionados nesta pesquisa encontram-se entre os anos de 2009 a 2013. Após analisar os artigos escolhidos como já havia dito, pude observar que os acidentes ocasionados na infância são frequentes e contribuem para a elevação de índices de morbimortalidade infantil. As queimaduras por serem de maneira geral acidentes comuns, é uma das principais causas de morte não intencionais de crianças. Esse tipo de acidente o impacto é as consequências das lesões físicas e das suas complicações, muitas surgem em decorrência da falta de assistência não especializada aos pacientes queimados. Esse tipo de acidente pode ser prevenido com medidas simples e educativa, mais não existe não possui um programa ou públicas de promoção e prevenção de acidentes domésticos. Ao observar os estudos a criação de um programa de prevenção de acidentes domésticos seria a mais viável e eficaz medida para redução dos danos. Principais causas de queimaduras envolvendo a população pediátrica é através de líquidos aquecidos ou escaldados, em crianças com até 5 anos. A faixa etária que acontece mais acidentes com queimaduras está entre 1 a 4 anos, seguidos por pacientes 5 e 10 anos, predominante do sexo masculino. A questão cultural é outro fator que aumenta essa probabilidade é a exposição de materiais perigosos, como: produtos inflamáveis em locais de fácil acesso ao alcance de crianças. A curiosidade também pode se encaixar como um fator, pois durante a infância as crianças estão iniciando os primeiros passos, descobrindo novos ambientes, tornando frequente o contato com situações permeadas de perigos. Foi constatado que em crianças é raro que somente uma região do corpo tenha sido lesionada, sendo várias áreas acometidas, mais o tórax, abdome e membros superiores e inferiores são os mais atingidos. Então de acordo com o estudo nos artigos a maior incidência é por queimaduras térmicas, seguidas por queimaduras elétricas e por fim as químicas, a queimadura de 2º grau é mais predominante. Durante a leitura e interpretação dos artigos um aspecto que chamou a atenção foi à falta de informações com relação ao grau de profundidade das lesões. Com base nestas teorias, o enfermeiro é um meio de ligação entre essas informações e a população, realizando medidas preventivas durante as consultas de puericultura, visitas domiciliares e desta forma facilita a melhor assimilação da informação, além de estar aliada à explicação de como e para que os acidentes devem ser evitados.

Conclusão

Consideramos que os dados epidemiológicos são fundamentais para a atualização dos indicadores de saúde, proporcionando a tomada de decisões para o melhoramento desses indicadores. A queimadura infantil é considerada um problema de saúde pública no Brasil, onde precisam ser tomadas medidas necessárias para a redução destes acidentes, porque a maioria dos acidentes acontece em locais que deveria proporcionar segurança à criança. É fato que a saúde no Brasil, vem avançando a cada dia, mais a principal forma de tratamento para as queimaduras é a prevenção, por meio de medidas socioeducativas. Possuem uma epidemiologia própria, com fácil identificação, atingindo todas as classes sociais, mais cabe ressaltar que a epidemiologia de queimaduras não terá valor plausível, se ficar somente como meios estáticos. Já que temos conhecimentos sobre a natureza dos acidentes e os seus fatores de riscos deveriam ser usados com base fundamentais para a formulação de políticas públicas de saúde para a prevenção desse agravante à saúde infantil. Durante o estudo um fato que chamou a atenção foi às complicações decorrentes de longos períodos de internamento. Essas complicações poderiam ser evita com medidas simples, como por exemplo, alas separadas e cuidados com higiene locais. A partir da pesquisa realizada, percebe-se que a faixa etária de crianças que sofreram queimaduras é entre 1 a 4 anos, predominando o sexo masculino, e com isso outro ponto observado é o sentimento de culpa das mães em decorrência do trauma, as mães relatam que a experiência vivida é vista como negativa,

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

em decorrência ao sofrimento da criança presenciado por elas. Na busca de amenizar ou diminuir o sofrimento da criança, a distancia do ambiente domiciliar e da mudança repentina na rotina de vida, buscam proporcionar a essas vítimas um apoio emocional que surgem como ansiedade, medo e afastamento do convívio familiar. E nesse momento que a criança está em tratamento, longe dos familiares queridos é que a enfermagem pode atuar não somente na prevenção das queimaduras e sim proporcionar apoio emocional e psicológico aquela criança. Também deve usufruir desses instrumentos valiosos de investigação, usando-o como uma ferramenta para o aprimoramento dos recursos e dos conhecimentos da prática profissional, com o intuito de adequar os serviços e recursos para atender melhor as necessidades de saúde da população. A pesquisa baseada em dados estatísticos é de grande valor para a enfermagem uma vez que proporcionam a busca de novas formas para a realização do cuidado e ao mesmo tempo garante uma melhor qualidade das tomadas de decisões. Além de reforçar as ligações entre a prática e a teoria, fundamentam a construção de novos saberes e a reformulação dos já existentes relacionados a práticas de assistência.

Referências

- DUTRA et al. Caracterização de mulheres hospitalizadas por queimadura. Ver. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2011 jan/mar;19(1):34-9. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a06.pdf> Acesso em 21/jan/2013.
- MONTES, Samanta Flor; BARBOSA, Maria Helena; SOUSA NETO, Adriana Lemos de. Aspectos clínicos e epidemiológicos de pacientes queimados internados em um Hospital de Ensino. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v.45,n2,abr.2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200010&lng=pt&nrm=iso Acesso em 21/jan/2013.
- ROSSI, Lídia Aparecida et al. Prevenção de queimaduras: percepção de pacientes e de seus familiares. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v.11, n.1, Feb. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1169200300010000&nrm=iso. Acesso em 26/Mar/2013.
- SILVA, Bruna Azevedo da; RIBEIRO. Flávia Alves. Participação da equipe de enfermagem na assistência à dor do paciente queimado. Ver. dor, São Paulo, v.12, n.4, Dec. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S18060013011000400011&lng=en&nrm=iso. Acesso em 21/Jan/2013.
- VALE, Everton Carlos Siviero do. Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. An. BRAS. Dermatol, Rio de Janeiro, v.80,n.1 Feb.2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-0596200500010000&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26/mar/13.

PERFIL DE OBESIDADE E OBESIDADE ABDOMINAL EM PORTADORES DE DM E HAS ACOMPANHADOS EM UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

Gabriella de Araújo Maia – UNIFOR – gabriellamaia@oi.com.br
Ylya Rarhume Cabral Monteiro – UNIFOR
Suzanne Priscila Lopes Balbino Santiago – UNIFOR
Francisca Cláudia Monteiro Almeida – Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza
Ludmila Rios Osterno Gomes Maia Mendes – UNIFOR
Armênia Uchôa de Mesquita (Orientador) – UNIFOR

Palavras-chave: Obesidade. obesidade abdominal. enfermagem.

Resumo

Este trabalho tem por objetivo avaliar o perfil de obesidade e obesidade abdominal em portadores de DM e HAS em uma unidade básica de saúde de Fortaleza devido a obesidade atingir cada vez mais um número maior de pessoas sendo considerada como fator de risco para doenças cardiovasculares, diabetes melitus, doenças arteriais coronarianas, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, ocasionando um aumento de complicações cardiovasculares e mortes. O Índice de Massa Corporal (IMC) e a medida de Circunferência da Cintura (CC) têm sido amplamente utilizados na avaliação do excesso de peso e da obesidade abdominal. Foram avaliados os dados de 86 pacientes portadores de hipertensão e/ou diabetes melitus assistidos em uma UAPS de Fortaleza. A coleta foi realizada as quintas-feiras por ocasião da consulta de acompanhamento desses pacientes entre os meses de junho e julho de 2014. A planilha utilizada é adotada pelo sistema HIPERDIA (sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos). Diante do exposto verifica-se que a prevalência de obesidade e obesidade abdominal principalmente entre as mulheres, cada vez mais está aumentando e que modificações no estilo de vida dessa população contribui para esse aumento levando mulheres superar os homens nas doenças cardiovasculares.

Introdução

A obesidade é o excesso de gordura corporal devido ao desequilíbrio do consumo excessivo de alimento e a prática de exercício físico e tem sido uns dos maiores problemas de saúde da sociedade moderna, podendo ser considerada uma epidemia que atinge cada vez mais um número maior de pessoas, sendo considerada um dos fatores de risco para doenças cardiovasculares entre outras como, diabetes melitus, doenças arteriais coronarianas, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, ocasionando um aumento de complicações cardiovasculares e mortes. (PICON, et. al., 2007; PEIXOTO, cols, 2006).

No Brasil houve uma mudança a nível epidemiológico a partir de 1970 onde houve um aumento da prevalência das doenças e agravos não transmissível como hipertensão e diabetes, assim como o aumento de pessoas sedentárias, com aumento do estresse do dia a dia, e uma grande mudança na dieta, aumento da ingestão de gorduras e doces e diminuição de alimentos com fibras e teor de gordura diminuídos. (CHARLES, et al., 2007).

O índice de massa corporal (IMC) e a medida de circunferência da cintura (CC) têm sido amplamente utilizados na avaliação do excesso de peso e da obesidade abdominal. O IMC representa a razão entre o peso em quilograma dividido pelo quadrado da altura em metros. É importante ressaltar que o IMC nem sempre é a avaliação fidedigna da gordura corporal, uma vez que não se diferencia gordura com a massa muscular, que pesa mais que gordura, por isso a necessidade de atribuir outros dados antropométricos como a circunferência da cintura para avaliar a obesidade. (VALDEZ, 1991; RESENDE, et. al.2010).

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Existem várias formas de se avaliar a obesidade abdominal através de tomografias computadorizadas, ressonância magnética nuclear, e por diversos indicadores antropométricos: circunferência da cintura(CC), razão circunferência cintura- quadril(RCCQ), índice de conicidade(índice C) e razão circunferência cintura estatura (RCest), dentre quais a tomografia e ressonância tem um elevado custo para a saúde sendo utilizado com mais frequência os dados antropométricos que são simples, não invasivos, não requer habilidade e nem treinamento para mensurar, muito utilizado nos estudos populacionais para avaliação da obesidade e distribuição da gordura abdominal.(PITANGA, 2011; ALMEIDA, cols, 2008).

O indicador mais utilizado nos estudos epidemiológicos é o da circunferência abdominal que avalia o depósito excessivo de gordura visceral abdominal, chamada de obesidade androgênica, onde é considerado fator de risco para doenças como diabetes, hipertensão, mesmo o IMC estando dentro dos valores normais (VELOSO, SILVA, 2010).

Este estudo teve como objetivo aferir a obesidade e obesidade abdominal em pacientes cadastrados em uma unidade de saúde de Fortaleza.

Metodologia

Trata-se de um estudo de corte transversal com base em dados secundários. Foram avaliados os dados de 86 pacientes portadores de hipertensão e/ou diabetes melitus assistidos em uma UAPS de Fortaleza. A coleta foi realizada as quintas-feiras por ocasião da consulta de acompanhamento desses pacientes entre os meses de junho e julho de 2014. Esses dados foram previamente registrados em uma planilha, pelos enfermeiros da unidade e pelos monitores do Pet vigilância. Foram incluídos na planilha os pacientes adultos, de ambos os sexos, na faixa etária entre 36 a 83 anos, portadores de hipertensão e/ou diabetes melitus

A planilha utilizada é adotada pelo sistema HIPERDIA (sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos). Os itens que a compõem são: nome do paciente, data de nascimento, portador de hipertensão ou diabetes melitus, peso, altura, cintura, sistólica, diastólica, glicemia(jejum ou pós prandial)intercorrências desde da última consulta referidas pelo paciente, tratamento medicamentoso e exames realizados pelo paciente.

Os dados avaliados na planilha de registro foram: idade, sexo, IMC, cintura.

A obesidade foi definida por meio do IMC que de acordo com as medidas recomendadas pela World Health Organization e pelo National Heart, Lung, and Blood Institute of the National Institute of Health o IMC tem como valores de referências: abaixo de 18,5(baixo peso); 18,5 a 24,9 (normal); sobrepeso: 25 a 29,9; obesidade grau I: 30 a 34,9; obesidade grau II: 35 a 39,9; obesidade mórbida: igual ou acima de 40,

A obesidade abdominal foi definida como a presença da cintura maior igual a 102cm nos homens e 88 cm nas mulheres. A circunferência da cintura abdominal foi medida com o paciente em pé, no ponto médio entre a espinha ilíaca anterior e o último arco costal.

A análise de dados foi realizada de forma descritiva usando a frequência absoluta e percentual.

Os aspectos éticos foram preservados de acordo com as diretrizes da Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, levando em consideração os princípios bioéticos de autonomia, beneficência e justiça.

Resultados e Discussão

O perfil da amostra de pacientes mostrou predomínio do sexo feminino 62 mulheres (71,5%) em relação ao sexo masculino 24 (28,5%). A idade média dos pacientes foi de 50 anos; sendo que 3,5% estavam abaixo dos 40 anos, 51% entre 40 a 60 anos, e 36% eram acima dos 60 anos.

A prevalência de sobrepeso entre o sexo feminino foi de 32% e de obesidade foi de 40% já no sexo masculino os que estavam com sobrepeso foi 45,8% e obesidade de 41,6% mostrando que a prevalência entre os homens maior foi no sobrepeso já em relação a obesidade abdominal foi de 85% no sexo feminino e no sexo masculino foi 42%.

Ao longo do tempo houve mudanças no Brasil que favoreceram alterações nos padrões nutricionais, diminuição da desnutrição e o aumento da obesidade. Segundo uma pesquisa feita pelo VIGITEL entre 2006 até 2013 realizada em pacientes acima de 18 anos em ambos os sexos nas 26 capitais mais Distrito Federal houve um aumento significativo, em 2006 a frequência de excesso de peso era de 42,6%, já em 2013 era de 50,8%. Em relação a frequência da obesidade em 2006 foi de 11,8% e em 2013 foi de 17,5%, mostrando que realmente houve alterações no modo de vida dos brasileiros. (VIGITEL, 2013).

A análise dos dados coletados na UAPS Edmar Fujita demonstrou uma alta prevalência de obesidade e obesidade abdominal na amostra populacional. O aumento da prevalência de obesidade no mundo e provavelmente das doenças cardiovasculares podem ser resultados principalmente da obesidade exacerbada pelo estilo de vida sedentário.

Esse dados reforçam a literatura atual de considerar a obesidade como sendo um problema na saúde pública, não meramente questão de estética e sim como um dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares.

Conclusão

Diante do exposto verifica-se que a prevalência de obesidade e obesidade abdominal principalmente entre as mulheres, cada vez mais está aumentando e que modificações no estilo de vida dessa população contribui para esse aumento levando mulheres superar os homens nas doenças cardiovasculares.

Por isso se faz necessário que profissionais da saúde invistam em orientações e cuidado com a população, principalmente dentro das UAPS onde se concentram os cuidados primários, onde pode estar identificando esses pacientes e os profissionais qualificados para atender as necessidades e realizando educação em saúde sobre a obesidade, orientações nutricionais, exercício físicos e orientando sobre relação com riscos e acometimentos cardiovasculares.

Referências

ALMEIDA, R.T, ALMEIDA, M. M. G, ARAÚJO, T. M. Obesidade abdominal e risco cardiovascular: Desempenho de indicadores antropométricos em mulheres. **Arq. Bras. Cardiol**, v. 92(5)p. 375- 380,2009.

AMER, N. M. , SANCHE, D., MORAES, S. M. F. , Índice de massa corporal e razão cintura/ quadril de praticantes de atividade aeróbica moderada. Revista de Educação Física Maringá, v.12, n. 2, p. 97- 103, 2, 2001.

DAY, C. R. M. , et.al. Prevalência de obesidade e obesidade abdominal em amostra de usuários de um ambulatório de medicina integral. Rev. Bras. Med. Fam e com. Rio de Janeiro, v.3. n. 9, abr/jun, 2007.

NIH - NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, NATIONAL HEART LUNG AND BLOOD INSTITUTE. Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. 1998 NIH Publication No. 98-4083

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

PEIXOTO, M. R. G., et.al. Circunferência da cintura e índice de massa corporal com preditores de hipertensão arterial. **Arq. Bras. Cardiol**, 87: 462- 470, 2006.

PICON, P. X. , et. al. Medida da cintura e razão cintura/ quadril e identificação de situação de risco cardiovascular: Estudo multicêntrico em pacientes com diabetes melito tipo 2. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.** 51(3), 2007.

PITANGA, F.J.G. Antropometria na avaliação da obesidade abdominal e risco coronariano. **Rev. Bras. Cinentropom. Desempenho. Hum**, v.13(3):238- 241, 2010.

RESENDE, F. A. C., et. al. , Aplicabilidade do índice de massa corporal na avaliação da gordura corporal. **Rev. Bras. Med. Esporte**, v.16, n.2, mar/abr, 2010.

SARNO, F., MONTEIRO, C. A. Importância relativa do índice de massa corporal e da circunferência abdominal na predição de hipertensão arterial. **Rev. Saúde Pública**, 41(5):788- 796, 2007.

VELOSO, H. J. F. , SILVA, A. A. M. , Prevalência e fatores associados à obesidade abdominal e ao excesso de peso em adultos maranhense. **Rev. Bras. Epidemiol**, v. 13(3):400- 412.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consulation. Geneva: World Health Organization;1998 (Technical Report Series, No. 894).

Agradecimentos

Agradeço a tutora e a nossa preceptora do PET Vigilância por sempre está nos dando oportunidades de crescimento.

PERFIL DO PROFISSIONAL NUTRICIONISTA PROPOSTO PELO PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO DE UM CURSO DE NUTRIÇÃO.

Vanielle Holanda Bessa (Apresentador) - Universidade Estadual do Ceará -vaniellebessa@gmail.com
Andressa Eslayne Caldas Sales – Universidade Estadual do Ceará
Álvaro Magalhães Cavalcante Pereira – Universidade Estadual do Ceará
Caroline Moreira Arruda – Universidade Estadual do Ceará
Juliana Lícia Rabelo Cavalcante – Universidade Estadual do Ceará
Maria Marlene Marques Ávila (Orientadora) – Universidade Estadual do Ceará

Palavras-chave: Nutricionista; Educação Superior; Currículo.

Resumo

Este estudo objetivou analisar o perfil do profissional nutricionista proposto pelo Projeto Político Pedagógico (PPP) do Curso de Nutrição da UECE. A pesquisa analisou as informações contidas no PPP tendo como parâmetros as Diretrizes Curriculares Nacionais, visando elucidar o perfil do profissional nutricionista, de acordo com as competências e habilidades gerais. Com base na análise do ementário, observou-se que, em relação às competências gerais, 16 das 49 disciplinas ofertadas pelo Curso se propõem a abordar a Atenção à Saúde, a qual aponta a necessidade de formar profissionais preparados para desenvolver ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde. Quanto à Tomada de Decisões, baseada em habilidades para avaliar, planejar e decidir, esta foi a competência mais presente, sendo identificada em 31 disciplinas. No tocante à Comunicação, contemplada em 17 disciplinas, espera-se que o profissional tenha habilidades de comunicação, de escrita e de leitura, além do conhecimento em tecnologias e do domínio em língua estrangeira. Na competência Liderança, onde os profissionais de saúde devem liderar com compromisso e responsabilidade enquanto membros de equipes multiprofissionais, desenvolvendo habilidades para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento, somente duas disciplinas foram identificadas. Para a Administração e Gerenciamento, identificou-se 22 disciplinas; já na competência Educação Permanente, que preconiza o aprender a aprender, não apenas transmitindo conhecimentos, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os profissionais, nenhuma disciplina foi contemplada. Esses resultados apontam para possíveis limitações no processo formativo, ressaltando a importância de aprofundar essa questão.

Introdução

A formação dos profissionais de saúde vem sendo analisada nas últimas décadas, justificando-se pelas mudanças estruturais do mundo contemporâneo em vários aspectos, seja político, econômico, cultural, social e tecnológico. A velocidade das transformações, onde a formação do conhecimento é muito rápida (PRIGOGINE, 1996); das reflexões do trabalho do profissional nessas modificações (SCHARAMM, 2002); e da aparência de uma nova organização do espaço-tempo social (DELEUZE, 2002; SIQUEIRA-BATISTA, 2006) são alguns exemplos. Estas mudanças refletem nas políticas de educação e de saúde, que, por sua vez, resgatam elementos essenciais para repensar a formação destes profissionais (SANTOS et al., 2005).

Na área da saúde, verifica-se que a formação desenvolvida pelos cursos de graduação apresenta uma predominância de disciplinas de caráter biológico. Além disso, o ensino é centralizado na prática hospitalar, enfatizando a atenção curativa individualizada e a doença, causada por um único agente, separadas do serviço e das verdadeiras necessidades do atual sistema, o que leva ao surgimento de muitas dúvidas a respeito do perfil do profissional (MARSIGLIA, 1995; MITRE, 2006). Tal situação aponta para a essencialidade da discussão quanto aos processos formativos dos profissionais de saúde.

Nessa conjuntura, o Conselho Nacional de Educação (CNE) homologou, em 2001, a Resolução nº 5 que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Nutrição. Segundo essas diretrizes, os conteúdos curriculares devem promover o ensino crítico, reflexivo e criativo, e conter atividades teóricas e práticas desde o início, assegurando estratégias pedagógicas que articulam ensino-pesquisa-extensão. Além disso, são descritas as competências e habilidades que devem ser contempladas na formação do nutricionista (BRASIL, 2001).

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Entretanto, de forma geral, há um descompasso entre o preconizado e o processo formativo dos profissionais de saúde. Conforme Ceccim (2008), a interação ensino-serviço ainda não acontece de forma significativa nas instituições de ensino, contribuindo ainda mais para a manutenção do problema, por falta de uma maior interação entre os setores saúde e educação. Silva (2004) destaca a articulação limitada entre os conhecimentos biológicos e sociais. Especificamente na formação de nutricionistas, além dessas limitações, Rodrigues, Soares e Boog (2005) referem a necessidade de desenvolver nos nutricionistas o papel de educadores.

Seguindo essa lógica, o Curso de Nutrição da Universidade Estadual do Ceará (UECE) apresentou, em sua fase inicial, características curriculares centradas no indivíduo como ser biológico, sendo bastante retraída sua projeção no campo social. Atualmente vem com uma nova proposta metodológica, na qual procura, à luz do conhecimento científico, rever essa distorção, reforçando a dinâmica interativa do homem enquanto ser histórico, com direitos de cidadania a serem garantidos, dentre eles a saúde, alimentação e nutrição, defendidos nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) (UECE, 2010).

Este cenário foi uma das motivações do presente estudo que teve como objetivo analisar o perfil do profissional nutricionista proposto pelo Projeto Político Pedagógico (PPP) do Curso de Nutrição da UECE.

Metodologia

O presente estudo é parte de uma pesquisa maior intitulada “Avaliação da formação de profissionais de saúde de nível superior pelas universidades públicas em Fortaleza-CE”, cujo objetivo geral é avaliar os cursos de graduação da área de saúde, nas duas universidades públicas, com ênfase na Atenção Primária em Saúde (APS).

Esse recorte caracteriza-se como uma pesquisa documental e descritiva, subsidiada pelo PPP do Curso de Nutrição da UECE (UECE, 2010). Nesse estudo, as informações contidas no PPP foram analisadas tendo como parâmetros de análise as DCN, visando elucidar o perfil do profissional nutricionista ali contemplado, bem como comparar com o perfil proposto pelas DCN.

Conforme a Resolução CNE/CES nº 5 de 7 de novembro de 2001 (BRASIL, 2001), as DCN para o Curso de Nutrição são organizadas nos seguintes tópicos: Perfil do Formando Egresso/Profissional, Competências e Habilidades, Conteúdos Curriculares, Estágios e Atividades Complementares, Organização do Curso e Acompanhamento e Avaliação. Neste recorte, foram considerados os tópicos “Perfil do Formando Egresso/Profissional” e “Competências e Habilidades”, os quais se constituíram nas categorias analíticas deste estudo.

Inserir metodologia (Arial, 10) – Atenção para não ultrapassar as margens laterais. Espaçamento 1,5

Resultados e Discussão

O PPP do Curso de Nutrição da UECE (UECE, 2010), no tópico “Perfil do Formando Egresso/Profissional”, traz a informação de que foi construído de forma a definir uma identidade formativa com caráter generalista. Esta característica implica em conferir, aos profissionais em formação, competências para atuar nas diferentes áreas da nutrição, com ênfase nas áreas de Alimentação Coletiva, Nutrição Clínica e Saúde Coletiva, objetivando a cura de doenças e a promoção e/ou manutenção da melhoria da qualidade de vida de indivíduos e grupos populacionais, tendo como eixo de ação a atenção dietética e a (SAN).

Neste intuito, o Curso de Nutrição visa garantir, através da sua proposta curricular, um processo ensino-aprendizagem que mescle o conhecimento biológico ao crítico social. Todos esses aspectos, segundo o PPP, foram selecionados e organizados conforme as recomendações das DCN (BRASIL, 2001), com direcionamento especialmente voltado ao perfil do egresso/profissional, nas suas competências e habilidades, nos conteúdos curriculares e na organização do curso propriamente dito (UECE, 2010).

Nesse aspecto, a descrição do perfil do egresso-profissional no PPP repete, literalmente, a que está contida nas DCN (BRASIL, 2001, p. 1):

[...] formação generalista, humanista, crítica. Capacitado a atuar, visando à segurança alimentar e a atenção dietética, em todas as áreas do conhecimento em que a alimentação nutrição se apresentem fundamentais para a promoção, manutenção e recuperação da saúde e para a prevenção de doenças de indivíduos ou grupos populacionais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, pautada em princípios éticos, com reflexão sobre a realidade econômica, política, social e cultural.

Quanto às competências e habilidades gerais requeridas pelas DCN no desenvolvimento do processo formativo dos nutricionistas, destacam-se (BRASIL, 2001):

a) Atenção à saúde: nessa competência aponta-se a necessidade de formar profissionais preparados para desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, em nível individual e coletivo, integradas continuamente às demais instâncias do sistema de saúde e executadas dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética. Nesse contexto, observou-se que o PPP foi construído com base em alguns objetivos, dentre os quais: “incentivar o graduado a atuar nas diferentes áreas da nutrição, com ênfase nas áreas de Alimentação Coletiva, Nutrição Clínica e Saúde Coletiva, objetivando a cura de doenças e a promoção e/ou manutenção da melhoria da qualidade de vida de indivíduos e grupos populacionais [...]” (UECE, 2010, p. 12).

Após uma análise do ementário, observou-se que, das 49 disciplinas ofertadas pelo curso, apenas 16 se propõem a abordar essa primeira competência, sendo uma delas optativa. As disciplinas são: Higiene; Parasitologia; Introdução ao Fenômeno Educativo; Avaliação Nutricional; Nutrição e Dietética; Exercício Profissional em Nutrição; Administração de Serviço de Alimentação 1; Dietoterapia 1; Nutrição em Saúde Pública; Dietoterapia 2; Educação Nutricional; Nutrição Materno Infantil; Estágio Supervisionado em Saúde Pública; Estágio Supervisionado em Administração de Serviços de Alimentação; Estágio em Nutrição Clínica; Nutrição e Esporte (Optativa).

b) Tomada de decisões: esta competência é necessária ao trabalho profissional, “visando ao uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas”. Necessita, portanto, de habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada (BRASIL, 2001, p.1). Nesse sentido, o PPP ressalta a importância do aluno desenvolver habilidades e atitudes que permitam planejar, organizar, gerenciar e avaliar serviços de alimentação e nutrição, políticas e programas voltados para elevar as condições de saúde e de SAN da população, bem como desenvolver ações articuladas, exercendo liderança ou influência nas tomadas de decisões sobre nutrição e alimentação, em equipes multiprofissionais e intersetoriais de diferentes segmentos (UECE, 2010). As disciplinas identificadas que abordam essa competência são: Microbiologia Geral; Bioquímica de Alimentos; Higiene; Imunologia Básica; Microbiologia de Alimentos; Parasitologia; Bioestatística; Economia; Filosofia Geral e da Ciência; Tecnologia de Alimentos; Epidemiologia; Introdução ao Fenômeno Educativo; Introdução à Psicologia; Políticas Públicas de Saúde; Sociologia; Técnica Dietética 1; Avaliação Nutricional; Fisiopatologia; Nutrição e Dietética; Técnica Dietética 2; Exercício Profissional em Nutrição; Administração em Serviços de Alimentação 1; Dietoterapia 1; Administração em Serviços de Alimentação 2; Dietoterapia 2; Educação Nutricional; Estágio Supervisionado em Nutrição em Saúde Pública; Estágio Supervisionado em Administração de Serviços de Alimentação; Estágio Supervisionado em Nutrição Clínica; Nutrição e Esporte (Optativa); Farmacologia (Optativa).

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

c) Comunicação: os profissionais devem ser acessíveis e manter a confidencialidade das informações, tanto na relação com outros profissionais de saúde, quanto com o público em geral. São necessárias habilidades de comunicação verbal e não verbal, de escrita e de leitura, além do domínio de tecnologias de comunicação e informação e de, no mínimo, uma língua estrangeira (BRASIL, 2001). Nesse aspecto, os planos de ensino do PPP contemplam algumas disciplinas que favorecem o desenvolvimento dessas habilidades de comunicação, como Metodologia do Trabalho e da Pesquisa Científica; Bioestatística; Introdução a Administração; Desenvolvimento da Comunidade e Comunicação; Introdução ao Fenômeno Educativo; Políticas Públicas de Saúde; Avaliação Nutricional; Exercício Profissional em Nutrição; Investigação em Nutrição; Nutrição em Saúde Pública; Administração de Serviços de Alimentação 2; Educação Nutricional; Estágio Supervisionado em Nutrição em Saúde Pública; Estágio Supervisionado em Administração de Serviços de Alimentação; Estágio Supervisionado em Nutrição Clínica; Monografia; Inglês Instrumental (optativa)

d) Liderança: os profissionais de saúde, enquanto membros de equipes multiprofissionais, devem estar preparados para assumir posições de liderança, envolvendo compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento. Somente em duas disciplinas foram identificados aspectos relacionados a esta competência: Introdução à Administração e Políticas Públicas de Saúde.

e) Administração e gerenciamento: as DCN salientam a necessidade dos futuros nutricionistas serem aptos a assumir posições de liderança, fazer o gerenciamento e a administração da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, e também assumir cargos de gestores, empregadores ou líderes nas equipes de saúde (BRASIL, 2001). O PPP prescreve que o futuro profissional deve ser capaz de planejar, organizar, gerenciar e avaliar serviços de alimentação e nutrição, políticas e programas voltados para elevar as condições de saúde e de segurança alimentar e nutricional da população. Assinala também que o curso tornaria o aluno apto a desenvolver atividades de auditoria, assessoria, consultoria e marketing em dietética e SAN (UECE, 2010). As disciplinas identificadas que abordam essa competência são: Metodologia do Trabalho e da Pesquisa Científica; Higiene; Métodos de Análises de Alimentos; Microbiologia de Alimentos; Introdução a Administração; Tecnologia de Alimentos; Epidemiologia; Políticas Públicas de Saúde; Avaliação Nutricional; Nutrição e Dietética; Técnica Dietética 2; Administração de Serviços de Alimentação 2; Dietoterapia 1; Investigação em Nutrição; Nutrição em Saúde Pública; Administração de Serviços de Alimentação 2; Dietoterapia 2; Educação Nutricional; Estágio Supervisionado em Nutrição em Saúde Pública; Estágio Supervisionado em Administração de Serviços de Alimentação; Estágio Supervisionado em Nutrição Clínica; Nutrição e Esporte (optativa).

e) Educação permanente: nesta competência “os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Preconiza-se o aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, não apenas transmitindo conhecimentos, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços” (BRASIL, 2001, p.1-2). O PPP não menciona diretamente a “Educação permanente”, mas explicita que os alunos do curso de Nutrição devem passar por experiências nos serviços de saúde. É importante ressaltar que, no campo da prática, as disciplinas dos estágios supervisionados pressupõem momentos potenciais para o desenvolvimento da educação permanente; entretanto, após a análise dos ementários, não ficou claro que esta competência será trabalhada em nenhuma disciplina.

Conclusão

O presente estudo demonstrou que a formação proporcionada pelo curso de graduação em Nutrição da UECE, apresenta um caráter generalista. Constatou-se, porém, possíveis limitações no processo formativo proposto pelo PPP, principalmente em relação às competências de liderança e de educação permanente dispostas nas DCN. Dessa forma, vale ressaltar a importância de aprofundar essas discussões com a participação de alunos e professores, propondo-se uma “reconstrução coletiva” do currículo e do processo de ensino-aprendizagem.

Referências

- BRASIL. Ministério de Educação e Cultura. **Resolução CNE/CES Nº 5, de 07 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Nutrição. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 09 nov. 2001. Seção 3, p. 39-40.
- CECCIM, R. B. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersectorialidades. **Revista Ciência e Saúde**, v. 1, n. 1, p. 9-23, jan./jun. 2008.
- DELEUZE, G. Post-scriptum sobre as sociedades de controle. In: DELEUZE, G. **Conversações: 1972-1990**. Rio de Janeiro: Editora 34;1992.
- MARSIGLIA, R. G. **Relação ensino/serviços: dez anos de integração docente-assistencial (IDA) no Brasil**. São Paulo: Hucitec; 1995.
- MITRE, S. M. **Ativando processos de mudanças em uma aldeia de Belo Horizonte: uma experiência com metodologia ativa de ensino-aprendizagem**. Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; 2006.
- PRIGOGINE, I. **O fim das certezas**. Editora da Universidade Estadual Paulista .São Paulo, 1996.
- RODRIGUES, E. M.; SOARES, F. P. T. P.; BOOG, M. C. F. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 1, p. 119-28, jan./fev. 2005.
- SANTOS, L. A. S *et al.* Projeto pedagógico do programa de graduação em nutrição da Escola de Nutrição da Universidade Federal da Bahia: uma proposta em construção. **Rev. Nutr. [online]**. V.18, n.1, p. 105-117, fev. 2005.
- SCHARAMM, F. R. As diferentes abordagens da bioética. In: PALÁCIOS, M; MARTINS, A.; PEGORARO, O. (org.). **Ética, ciência e saúde**. Petrópolis: Vozes; 2002. p.28-45.
- SILVA, S. M. C. S. O profissional de nutrição frente à segurança alimentar e nutricional. **Saúde em Revista**, v. 13, n. 6, p. 25-10, 2004.
- SIQUEIRA-BATISTA, R. **Aprendizagem baseada em problemas: uma estratégia das sociedades de controle [trabalho de conclusão de curso]**. Curso de especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; 2006.
- UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARA (UECE). **Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Nutrição**, 2010.

Agradecimentos

À Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde (PPSUS/REDE-MS/CNPQ/FUNCAP/CESA), por oportunizar a realização da pesquisa mediante o financiamento pela Chamada Pública 03/2012.

PERFIL DOS DIABÉTICOS DA UNIDADE DE SAÚDE DR. JOSÉ HOLANDA-MOSSORÓ/RN A PARTIR DO CADASTRO HIPERDIA

Autor 1 (apresentador): Xiankarla de Brito Fernandes Pereira. UERN. E-mail: xiankarl@ig.com.br

Autor 2: Ligiane Medeiros Diógenes. UERN

Autor 3 (Orientador): Lorrainy da Cruz Solano. UERN

Autor 4: Jennifer do Vale e Silva. UERN

Autor 5: Jandira Arlete C. de Freitas. UERN

Autor 3 (Orientador): Lorrainy da Cruz Solano. UERN

Palavras chave: Diabetes. Atenção primária à saúde.

Resumo

Objetivou-se analisar as informações contidas no cadastro HiperDia da Unidade Básica de Saúde Dr. José Holanda, no Município de Mossoró/RN, no ano de 2013 e traçar um perfil dos diabéticos presentes nesse cadastro. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, com base em dados secundários a partir da segunda via dos cadastros HiperDia que fornecem informações importantes sobre a população atendida. A população avaliada no estudo é predominantemente feminina, na faixa etária acima dos 60 anos e baixo grau de escolaridade. Os fatores de risco mais presentes foram o sobrepeso, o sedentarismo, a hereditariedade, além da presença concomitante de hipertensão arterial. Concluiu-se que apesar do cadastro encontrar-se defasado é um importante instrumento para conhecer o perfil dos cadastrados que se verificou ser semelhante ao encontrado em outros estudos com o mesmo perfil e no banco de dados nacional do SisHiperDia.

Introdução

O Diabetes é hoje, um dos mais importantes problemas de saúde pública do mundo e impõe uma crescente e importante sobrecarga aos sistemas de saúde. Em 1985 eram 30 milhões de adultos com diabetes no mundo, passaram a 135 milhões em 1995, chegando a 173 milhões em 2002. Estima-se que em 2030 serão 300 milhões. Esse aumento ocorre em virtude do crescimento e do envelhecimento da população associada à maior urbanização e à maior prevalência da obesidade e do sedentarismo, além da maior sobrevivência dos pacientes diabéticos. Causa quatro milhões de mortes por ano, o que representa 9% da mortalidade mundial total. No Brasil, estudo realizado em nove capitais, em 1992, revelou a prevalência de 7,6% da população adulta. (SBD 2014)

Para enfrentar esse problema o Ministério da Saúde através do Departamento de Atenção Básica elaborou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes, com o objetivo de aumentar o diagnóstico, o tratamento e o controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus através da reorganização da Rede Básica dos Serviços de Saúde/SUS, dando-lhes resolutividade e qualidade no atendimento. O plano privilegia a abordagem conjunta e integrada da equipe multiprofissional da Estratégia de Saúde da Família (ESF), para o desenvolvimento de ações que possibilitem não só um trabalho multidisciplinar, onde cada profissional realiza a sua avaliação, como também uma avaliação interdisciplinar, onde deverão ser traçadas as ações necessárias para a recuperação e manutenção da saúde dos usuários portadores dessas doenças. Para tanto esse sistema deverá ser alimentado de forma adequada e contínua (BRASIL 2001). No sentido de reorganizar os serviços, para o oferecimento de uma atenção continuada e qualificada aos portadores de DM e/ou HA, foi priorizado por este plano a confirmação de casos suspeitos; a elaboração de protocolos clínicos e treinamentos dos profissionais de saúde; a garantia da distribuição gratuita de medicamentos e a criação de um Sistema Informatizado de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos denominado Sis-HIPERDIA, mais conhecido como HIPERDIA (BRASIL 2004). Essa base de dados permite realizar um diagnóstico da população acometida por diabetes e hipertensão arterial, não só por estado e cidade, como também, pode permitir o conhecimento de cada Unidade Básica sobre o perfil de seus usuários e produzindo uma abordagem mais efetiva para estes agravos (LIMA 2011).

Considerando não só a relevância do DM no cenário mundial, mas também no impacto causado na vida de cada paciente e a estratégia de enfrentamento elaborada pelo Ministério da Saúde o presente estudo tem o objetivo de analisar a qualidade das informações contidas no cadastro HiperDia da Unidade Básica de Saúde Dr. José Holanda, localizada no município de Mossoró, além de traçar o perfil epidemiológico desses pacientes.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, com base em dados secundários a partir da segunda via dos cadastros HiperDia da Unidade Básica de Saúde Dr José Holanda, localizada no município de Mossoró/RN. Para este estudo foram selecionados pacientes portadores de diabetes presentes no cadastro do ano de 2013. Foram excluídos todos os indivíduos que não apresentavam nenhum grau de diabetes. O instrumento de coleta foi um formulário preparado a partir das variáveis presentes na ficha de cadastro do HiperDia do Ministério da Saúde. Essas variáveis são: sexo (feminino, masculino) idade (menor a 20 anos, de 20 a 39anos, de 40 a 49 anos, de 50 a 59 anos e maior de 60 anos); raça/cor classificada de acordo com a percepção do paciente (branca, preta, amarela, parda e indígena); escolaridade (não alfabetizado, primeiro grau incompleto, primeiro grau completo, segundo grau incompleto, segundo grau completo e ensino superior completo); situação conjugal (com companheiro, sem companheiro, vive só); fatores de risco e doenças concomitantes (diabetes, antecedentes familiares, tabagismo, sobrepeso/obesidade e sedentarismo) e complicações presentes no momento do cadastro (infarto, outra cardiopatia, acidente vascular cerebral, doença renal, pé diabético e amputação por diabete). Os dados obtidos foram analisados por meio de cálculos simples de porcentagem e as tabelas foram feitas através do programa Word 2010. Como o presente estudo foi realizado através de dados secundários, de acesso público, não houve constrangimento dos grupos de populações e/ou indivíduos na apresentação dos resultados. Portanto não foi necessária a utilização de termo de consentimento livre e esclarecido

Resultados e Discussão

Foram analisadas 32 fichas de um total de 117, sendo assim, 27,4% dos pacientes cadastrados são diabéticos, dos quais 93,75% são diabéticos tipo 2 e 78,1% possuem além da diabetes, hipertensão.

Os dados sócio-demográficos dos pacientes estão descritos na tabela 1. Com relação ao sexo, há predomínio do sexo feminino, com 59% de mulheres. A faixa etária mais prevalente é a de maiores de 60 anos, com 46,9%. Não há nenhum paciente com menos de 20 anos no cadastro. A maioria dos pacientes se considera da raça branca, totalizando 50%. Apenas 9,4% não sabem ler nem escrever, porém o grau de escolaridade da maior parte dos pacientes é o nível fundamental incompleto. No quesito situação familiar 56% convivem com companheira (o) e filhos, apenas 6,25% se encontram em situação de maior risco pois vivem só.

Os fatores de risco e doenças concomitantes estão descritos na tabela 2 e mostra que o fator de risco mais prevalente é a hipertensão, presente em 78,1% dos pacientes, seguidos dos antecedentes familiares de doença cardiovascular com 75%, porém vale ressaltar que este fator de risco não é modificável. Observaram-se também altos índices de sobrepeso/obesidade com 71,8% e sedentarismo, 65,6%. Apenas 9,4% admitiram que fossem tabagistas.

No momento do cadastro todos os pacientes negaram terem conhecimento da presença de complicações secundárias ao diabetes como infarto agudo do miocárdio, AVC, pé diabético, amputação por diabetes ou doença renal.

Tabela 1. Distribuição dos pacientes diabéticos segundo características sócio-demográficas.

	n	%
Sexo		
Feminino	19	59,4
Masculino	13	40,6
Idade		
< 20	00	00
20 – 39	03	9,4
40 – 49	07	21,9
50 – 59	07	21,9
> 60	15	46,9
Raça		
Branca	16	50
Preta	04	15,5
Amarela	00	00
Parda	12	37,5
Indígena	00	00
Escolaridade		
Não sabe ler/escrever	03	9,4
Alfabetizado	03	9,4
Fundamental incompleto	11	34,4
Fundamental completo	05	15,6
Médio completo	02	6,25
Médio incompleto	07	21,9
Superior incompleto	00	00
Superior completo	01	3,1
Situação familiar		
Convive c/ companheiro e filhos	18	56
Convive c/ companheiro s/ filhos	04	12,5
Convive c/ familiares s/ companheiro	07	21,9
Convive c/ outras pessoas s/ laços familiares	01	3,1
Vive só	02	6,2

Tabela 2. Fatores de risco associados

Fatores de risco	n	%
Antecedentes familiares		
Sim	24	75
Não	8	25

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Tabagismo		
Sim	03	9,4
Não	29	91,6
Sedentarismo		
Sim	21	65,6
Não	11	34,4
Sobrepeso/obesidade		
Sim	23	71,8
Não	09	28,2
Hipertensão		
Sim	25	78,1
Não	7	21,9

Por ser um estudo baseado na utilização de dados secundários, é importante ressaltar que este apresenta algumas limitações, pois se fundamentam em dados preexistentes que não podem ser controlados pelo pesquisador. Ademais, muitas vezes esses dados foram de difícil interpretação devido a problemas no preenchimento das fichas como dados ilegíveis e informações incompletas. Outro problema verificado é que as fichas do cadastro não são atualizadas periodicamente, retratando a situação da população estudada apenas no momento do registro, porém as informações contidas nesse cadastro deveriam ser dinâmicas, assim como a história natural dos agravos em questão.

Neste estudo observou-se o predomínio do sexo feminino, assim como os dados nacionais obtidos através do Datasus. Embora estudos apontem que não há diferença significativa na prevalência de DM em relação ao sexo no Brasil, essa diferença pode ser atribuída à maior demanda e à maior utilização dos serviços de saúde pelas mulheres, além da sua maior percepção a respeito do seu próprio estado de saúde e por apresentarem maior tendência ao autocuidado.

A faixa etária com maior prevalência de diabéticos foi entre os maiores de 60 anos, sendo que 90,6% dos pacientes estão acima dos 40 anos, o que corrobora os estudos nacionais e internacionais que indicam a maior prevalência do diabetes, principalmente tipo 2, nesta faixa etária, destacando o envelhecimento das populações e maior sobrevida desses pacientes diabéticos. No Brasil, dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), de 2011, mostram que o diabetes aumenta de acordo com a idade da população. Nesse estudo 21,6% dos pacientes com mais de 65 anos referiram a doença, já na faixa etária entre 18 e 24 anos apenas 0,6% referiram diabetes.

Com relação ao fato de a maioria ser de raça branca, 50%, seguido pela raça parda, 37,5%, refletem as características raciais do local do estudo, já que não há predominância racial no diabetes segundo estudos.

O nível de escolaridade foi considerado baixo, pois 34,4% tinham nível fundamental incompleto e 68,75% não chegaram nem ao ensino médio. Lima et al em Porto Alegre e Ferreira em Cuiabá constataram a mesma situação. O estudo Vigitel 2011 refere que a ocorrência de diabetes é mais comum em pessoas com baixa escolaridade, pois 7,5% das pessoas que tinham até oito anos de estudo apresentaram diabetes, contra 3,7% das pessoas com mais de 12 anos de estudo, uma diferença de mais de 50%. Esse fato gera preocupação, principalmente porque o tratamento do diabetes e muitas vezes das doenças concomitantes exige um nível de cuidado elaborado em relação ao uso de vários medicamentos e restrições alimentares. O que demanda uma atenção especial por parte dos profissionais de saúde para que haja melhor compreensão dos cuidados necessários. Por isso é importante que sejam elaboradas ações educativas voltadas especialmente para esse público, onde seja utilizada linguagem adequada, além do respeito ao conhecimento popular.

A alta incidência de fatores de risco nesses pacientes como hipertensão, obesidade e sedentarismo aponta mais uma vez para a necessidade de ações educativas nessa área. Afinal, esses fatores de vida são modificáveis e condutas como mudanças no estilo de vida tem impacto favorável no controle dos mesmos, diminuindo assim a ocorrência de complicações.

Nenhum dos cadastros avaliados tinha resposta afirmativa para as perguntas que tratavam das complicações causadas pelo diabetes. Este fato não se observou em nenhum dos outros estudos revisados. Isso pode ter ocorrido por falha do profissional que realizou o cadastro, ou até mesmo por desconhecimento dos pacientes da existência dessas complicações no momento do cadastro.

Conclusão

O presente estudo mostrou a importância do cadastro Hiperdia no levantamento de dados sobre o perfil do diabético tanto individualmente como na comunidade em que está inserido. Esse conhecimento pode ser usado pelas equipes da atenção básica no planejamento de ações que melhorem a qualidade de vida destes usuários. Além disso, o banco de dados gerado a nível nacional e regional ajuda os gestores no gerenciamento dos recursos. É bem verdade que o SISHIPERDIA se encontra defasado e obsoleto no que se refere a informações em tempo real e apresenta muitas irregularidades no preenchimento e repasse de informações.

A reestruturação desse sistema é imprescindível para a melhor a qualidade da informação gerada, ajudando não só os gestores mas também os profissionais de saúde da atenção básica, melhorando a qualidade da atenção e do cuidado dos pacientes diabéticos dentro do SUS.

Os pacientes da unidade estudada apresentam muitos fatores de risco agregados ao diabetes, apesar de não referirem complicações. Portanto, a UBS deve ressaltar a importância da melhora do estilo de vida nos pacientes portadores de diabetes, tanto de forma individual, nas consultas e visitas domiciliares como também nas atividades em grupo já existentes nessa UBS. Também é importante intensificar a busca de complicações do diabetes, como retinopatia, nefropatia e oftalmopatia diabética na consulta de rotina desses pacientes.

Referências

Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes mellitus. Cadernos de Atenção Básica n. 16; 2006.

Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes mellitus. Cadernos de Atenção Básica n. 36; 2013.

Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2013-2014. São Paulo – AC Farmaceutica, 2014.

Ministério da Saúde (BR). Avaliação do plano de reorganização da hipertensão arterial e ao diabetes mellitus no Brasil. Brasília (DF); 2004.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Ministério da Saúde (BR), Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. SisHiperDia [Internet]. Brasília (DF); 2013 <http://hiperdia.datasus.gov.br/>.

BEM, Andreza Fabro de; KUNDE, Juliana. A importância da determinação da hemoglobina glicada no monitoramento das complicações crônicas do diabetes mellitus. J Bras Patol Med Lab, v. 42, n. 3, p. 185-91, 2006.

ARAÚJO, Leila Maria Batista et al. Tratamento do diabetes mellitus do tipo 2: novas opções. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, v. 44, n. 6, p. 509-518, 2000.

TOSCANO, Cristiana M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. Ciênc Saúde Coletiva, v. 9, n. 4, p. 885-95, 2004.

FARIA, Alessandra N. et al. Tratamento de diabetes e hipertensão no paciente obeso. Arq Bras Endocrinol Metab, v. 46, n. 2, p. 137-42, 2002.

BRANDÃO, Ayrton Pires et al. Como integrar as metas das diretrizes sobre hipertensão, dislipidemias e diabetes à prática clínica. Revista da SOCERJ. Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2004.

PORTERO Katia Cristina da C. et al. Mudança no estilo de vida para prevenção e tratamento do Diabetes mellitus Tipo 2. Saúde em Revista 2005; 7(16): 63-69.

BOAS, L. C. G. et al. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. Texto Contexto Enferm, v. 20, n. 2, p. 272-279, 2011.

LYRA, Ruy et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, v. 50, n. 2, p. 239-249, 2006.

COHEN, Ricardo; TORRES, Marcelo Cerdan; SCHIAVON, Carlos A. Cirurgia metabólica: mudanças na anatomia gastrointestinal e a remissão do diabetes mellitus tipo 2:[revisão]. ABCD arq. bras. cir. dig, v. 23, n. 1, p. 40-45, 2010.

ZEVE, Jorge Luiz de Mattos; TOMAZ, Carlos Alberto Bezerra. Cirurgia metabólica: cura para diabetes tipo 2; Metabolic surgery: cure for type 2 diabetes. ABCD arq. bras. cir. dig, v. 24, n. 4, p. 312-317, 2011.

LIMA LM, Schwartz E, Muniz RM, Zillmer JGV, Ludtke I. Perfil dos usuários do HiperDia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2011 jun;32(2):323-9.

JARDIM, Aline Danielle Iezzi; LEAL, Angela MO. Qualidade da informação sobre diabéticos e hipertensos registrada no sistema HIPERDIA em São Carlos-SP, 2002-2005; Quality of information on diabetic and hypertensive patients from the HIPERDIA system in the city of São Carlos, São Paulo State, 2002-2005. Physis (Rio J.), v. 19, n. 2, p. 405-417, 2009.

MALTAIII, Deborah Carvalho; VILANOVA, Rosa Maria Sampaio. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. Rev Saúde Pública, v. 43, n. Supl 2, p. 74-82, 2009.

Agradecimentos

À Coordenação da Residência de Medicina de Família e Comunidade da UERN
Aos funcionários da Unidade Básica de Saúde Dr. José Holanda

PERFIL DOS PARTICIPANTES DE GRUPOS DE ENVELHECIMENTO ATIVO ACERCA DA PRÁTICA DA AUTOMEDICAÇÃO

Samara Andréia de Barros – Universidade Federal do Piauí-UFPI/CSHNB samara_andreia1@hotmail.com.

Nubia Cristina dos Santos Almeida – Universidade Federal do Piauí-UFPI/CSHNB.

Núbia Fernanda Vieira dos Santos – Universidade Federal do Piauí-UFPI/CSHNB.

Kaio Felipe Araújo Carvalho – Enfermeiro Graduado pela UFPI/CSHNB.

Ronaldo César Feitosa Formiga – Farmacêutico Graduado pela FACID.

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

Palavras-chave: Enfermagem. Automedicação. Idoso.

Resumo

O envelhecimento da população brasileira é reflexo do aumento da expectativa de vida. A automedicação surge como alternativa encontrada pelos idosos na busca por soluções para tais doenças. Essa prática é preocupante em qualquer fase da vida. O presente estudo teve por objetivo geral conhecer o perfil dos idosos participantes de grupos de envelhecimento ativo acerca da prática da automedicação. Trata-se de um estudo do tipo exploratório-descritivo, transversal com abordagem quantitativa, realizado no período de dezembro de 2012 a setembro de 2013. A amostra foi constituída por 54 idosos de ambos os sexos. A coleta de dados ocorreu nos meses de julho e agosto de 2013 através de um formulário. Os dados foram analisados através do programa estatístico IBM *Statistical Package for the Social Sciences* versão 20.0. Foram obedecidas as normas éticas de pesquisas envolvendo seres humanos. Os resultados obtidos foram: 94,5% do sexo feminino, 33,3% com faixa etária entre 71 e 75 anos, 29% com nível fundamental incompleto e 46,3% afirmaram ser viúvo o estado civil. Os medicamentos mais utilizados pelos entrevistados que afirmaram se automedicar foram Dipirona e Dorflex e os fitoterápicos mais consumidos foram erva cidreira com 90%, erva doce com 82%, capim santo e hortelã com 66% da amostra. Assim, pode-se notar, após a conclusão do estudo, que grande parte da população entrevistada pratica a automedicação. Considerando que essa prática é nociva à saúde, ressalta-se a importância do papel exercido pela enfermagem no acompanhamento dos idosos.

Introdução

Grandes mudanças vêm ocorrendo no cenário mundial e dentro desse contexto se insere o processo de envelhecimento da população brasileira, resultado da melhoria das condições socioeconômicas. Ressalta-se que a senilidade representa um desafio para os profissionais atuantes nos serviços de saúde, tendo em vista que a capacitação dos mesmos, associada ao aperfeiçoamento das tecnologias na área da saúde é também responsável pela melhoria da qualidade de vida na terceira idade.

Estudo realizado com idosos institucionalizados mostrou que 46,4% deles utilizavam polifarmácia em decorrência do aparecimento de doenças crônico-degenerativas e suas complicações. Os idosos com mais de 60 anos são os principais consumidores da farmacoterapia moderna. O consumo elevado de medicamentos acarreta riscos à saúde dos idosos, pois aumenta a possibilidade de interações e de reações adversas. A automedicação surge então como alternativa encontrada pelos idosos na busca por soluções para tais doenças. Essa prática já é preocupante em qualquer fase da vida, e nos idosos, apresenta-se como uma preocupação ainda mais significativa, pois eles apresentam maiores alterações fisiológicas (LUCCHETTI et al., 2010).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Federação Internacional dos Farmacêuticos (FIP) definem a automedicação como a prática pela qual os indivíduos selecionam e usam medicamentos para tratar sintomas ou pequenos problemas de saúde assim reconhecidos pelos mesmos. Segundo Oliveira et al. (2012) são inegáveis os benefícios terapêuticos conseguidos com o uso correto dos medicamentos, no entanto, seu elevado consumo entre os idosos pode acarretar riscos à saúde.

Mediante esse contexto, o interesse pelo tema se deu devido à participação direta do acadêmico de enfermagem em um grupo de promoção à saúde no envelhecimento, na cidade de Picos/PI. Durante as atividades, observou-se que existia um grande número de idosos que se automedicavam, assim despertou o interesse de verificar qual o índice de automedicação no grupo através de um perfil a ser traçado, apurando quais as causas e as consequências dessa prática. A finalidade é gerar informações sobre os participantes do grupo de envelhecimento para depois apontar soluções acerca dos problemas encontrados.

Esse estudo é muito importante, pois se percebe tanto o aumento do quantitativo de idosos, quanto do consumo de medicamentos sem prescrição médica, sendo significativo o papel exercido pela enfermagem no acompanhamento desse processo, orientando e direcionando os idosos, esse estudo tem por objetivos: Conhecer o perfil dos idosos participantes de grupos de envelhecimento ativo acerca da prática da automedicação; Traçar o perfil sócio-demográfico, clínico e de hábitos de vida dos participantes do estudo; Verificar a frequência da prática da automedicação dos idosos; Identificar os de medicamentos e como são usados pelos idosos que se automedicam.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Assim, é necessário conhecer o perfil dos idosos, para que os profissionais de saúde, em especial, os enfermeiros, de posse dessas informações possam desenvolver um trabalho de qualidade, bem como contribuir de forma satisfatória para a qualidade de vida deles.

Metodologia

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, transversal, com abordagem quantitativa. As pesquisas descritivas têm como objetivo a descrição de características de determinada população ou fenômeno, ou estabelecimento de relação entre variáveis, enquanto as pesquisas exploratórias têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito. Um estudo descritivo e exploratório vai além da simples identificação da existência de relação entre as variáveis, pretende determinar a natureza dessa relação (GIL, 2010).

No estudo transversal a exposição e o desfecho são verificados no mesmo momento. Não há período de seguimento ou observação e não há como definir com precisão a sequência temporal dos eventos estudados (DYNIEWICZ, 2009).

A abordagem quantitativa constitui-se na busca de resultados precisos, exatos, comprovados através de medidas variáveis preestabelecidas, na qual se procura verificar e explicar sua influência sobre outras variáveis, através da análise da frequência de incidências e correlações estatísticas. Os resultados obtidos e comprovados pelo número de vezes em que o fenômeno ocorre ou com exatidão em que ocorre. A resposta que se busca na investigação deve ser obtida de forma numérica, exata e inquestionável (MICHAEL, 2005).

O estudo foi realizado no período de dezembro de 2012 a setembro de 2013, com os Grupos de Promoção à Saúde (GPS), vinculados à Universidade Federal do Piauí (UFPI), Campus Senador Helvídio Nunes de Barros (CSHNB) e a Paróquia de São Francisco de Assis.

Para este trabalho, serviu de referência o Grupo Núcleo de Estudo da Terceira Idade (NETI), o Grupo Terceira Idade Feliz (TERCIFE) e a Associação Brasileira de Capoterapia (ABC).

O NETI é um projeto de extensão da UFPI/CSHNB, associado à Cáritas Diocesana do Município de Picos tendo por unidade física uma sala de aula dentro da UFPI/ Picos e os encontros era semanal, o TERCIFE é coordenado pela Paróquia de São Francisco de Assis através das irmãs da Congregação de São José que atuam na igreja da Comunidade Santa Bárbara, na qual existe um salão onde são realizados os encontros do grupo.

O pesquisador escolheu os grupos mencionados por estarem em pleno funcionamento há pouco mais de 02 anos na cidade, por já terem servido como referência para outros pesquisadores da área de saúde da UFPI e por terem como participantes os idosos que são objeto alvo da pesquisa.

A população desta pesquisa foi constituída por 86 idosos de ambos os sexos, divididos em 4 grupos, dos quais 28 participavam do NETI, 15 eram da capoterapiado do bairro pantanal e 18 faziam parte da capoterapia do bairro Conduru, 25 faziam parte do TERCIFE. Em virtude do número de idosos participantes dos GPS corresponderem a um número inferior a 200, a amostra foi equivalente à população. Entretanto, não foi possível contemplar a soma de 86 idosos como previsto, pois no período da coleta 54 dos idosos não esquadrava em um dos critérios de inclusão idade igual ou superior a 60 anos.

A coleta de dados foi realizada nos meses de julho e agosto de 2013. Os dados foram coletados ao final das atividades do grupo, após convidar o idoso a participar da pesquisa, através de um formulário estruturado. A primeira parte foi extraída de Brasil (2012), onde continham perguntas sobre elaborada pelo pesquisador.

Os dados foram tabulados no programa *Microsoft Office Excel 2007*, e analisados através do programa estatístico *IBMStatistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0, o mesmo foi usado para o tratamento dos dados, sendo a análise efetuada por meio de estatística descritiva. A apresentação dos achados foi feita por meio de tabelas ilustrativas.

Por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto foi submetido à apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFPI.

A aplicação do instrumento de coleta de dados obedeceu às normas preconizadas pela Resolução 466 de 10 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Esta resolução, além de dispor sobre os aspectos éticos, aos quais a pesquisa deve obedecer, expõe os requisitos que devem ser preenchidos ao construir o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados e Discussão

A pesquisa foi realizada com 54 idosos que participam de grupos de promoção à saúde. Foi empregado um tratamento estatístico para a análise dos dados, no qual foram calculadas as frequências simples, os percentuais, a média e o desvio padrão para descrição de variáveis sobre os dados socioeconômicos e demográficos, aspectos clínicos, hábitos de vida e questões relacionadas à prática da automedicação.

Perfil Socioeconômico e Demográfico

Com relação à faixa etária, observou-se predomínio dos idosos com idade compreendida entre 70 a 75 anos (33,3%), seguida da faixa etária que varia de 60 a 65 anos (31,5%).

No que se refere ao nível de escolaridade, observa-se que 29,6% dos idosos não concluíram o ensino fundamental.

Perfil Clínico

Verifica-se que 72,8% dos idosos entrevistados afirmaram ter algum problema de saúde. A doença relatada com maior frequência pelos idosos do estudo foi hipertensão arterial (66,7%), seguida por doenças osteoarticulares (30,7%). Em relação à quantidade de consulta, observou-se que 48,1% submetem-se a mais de três consultas por ano.

Hábitos de Vida

Com relação à prática de atividade física, destaca-se que 75,9% praticam atividade física. Dentre a principal atividade realizada observou-se a predominância da caminhada, referida por 61,0% dos entrevistados, seguida de outras atividades como hidroginástica, dança e ciclismo, que correspondem a 35,5%. Quanto à frequência das atividades, observou-se que 65,9% praticavam atividade 3 a 5 vezes na semana e somente 14,6% referiram realizar atividade diariamente.

Pratica de Automedicação

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Quanto à frequência no consumo de medicamento sem prescrição, observou-se que 48,9% raramente utilizam medicamento sem prescrição médica, enquanto 24,5% afirmaram consumir pelo menos uma vez na semana algum tipo de medicamento sem prescrição, e 18,4 % diz consumir medicação sem prescrição pelo menos uma vez no mês.

Medicamentos

Pode-se observar que, dentre os medicamentos mais utilizados sem prescrição médica estão: dipirona (52%), dorflex (46%), benegripe (44%), neosaldina (44%) e tylenol (38%). Entre os medicamentos naturais pode-se notar que os mais consumidos foram erva cidreira (90%), erva doce (82%), capim santo e chá de hortelã ambos com representatividade de 66% e chá da casca de laranja com 64%.

DISCUSSÃO

A amostra do presente estudo foi constituída por 54 idosos do município de Picos - PI, dentre os quais se observou predominância do sexo feminino (94,5%). Tamai (2010) em seu estudo realizado em São Paulo, com 83 idosos participantes do Grupo de Assistência Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial (GAMIA), constatou que 79,5% eram mulheres e 20,5% eram homens. Meneses et al. (2013), na pesquisa realizada em Natal com 120 idosos participantes do Grupo de idosos da Associação Inaraí, ratifica o percentual feminino predominante.

Com relação à faixa etária, 33,3% dos idosos tinham entre 70 e 75 anos, seguido do percentual de 31,5% composto por idosos com 60 a 65 anos, sendo a maior idade encontrada 90 anos. A idade média encontrada no presente estudo é 70,1 anos. Há cerca de seis anos, a pesquisa desenvolvida por Martins et al. (2007) apontou 65 anos como a média de idade entre os 26 idosos integrantes de sua pesquisa. Quanto à distribuição dos participantes em função da escolaridade, dentre os critérios usados nesta pesquisa, 29,6% declarou não ter concluído o ensino fundamental, perfazendo a maioria dos entrevistados. Na mesma linha, o estudo de Santos, Foroni e Chaves (2009), realizado em Ribeirão Preto (SP) e o de Silva; Lautert (2010) em Porto Alegre (RS), apontou o percentual de 63,6% com ensino fundamental incompleto, representando, também, a maioria dos entrevistados.

No que se refere aos problemas de saúde, observou-se prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) com 66,7% e de doenças osteoarticulares com 30,7%.

No tocante à prática de exercício físico, 75,9% realizam alguma atividade. Entre os exercícios, a caminhada destaca-se com 61%, sendo a mais praticada pelos entrevistados. Santos; Foroni; Chaves (2009) detectaram em seu estudo que 52,3% da amostra praticavam atividade física, sendo também a caminhada a mais referida. Entretanto, no mesmo estudo, em relação à periodicidade da atividade, os pesquisadores acima mencionados, observaram haver discrepância, já que se afirmou que a realizavam diariamente.

Em relação aos medicamentos mais utilizados sem prescrição médica, a dipirona (52%) e o dorflex (46%) são os que mais se destacam. Em relação aos medicamentos naturais, o estudo indicou como os mais consumidos, respectivamente, a erva cidreira (90%), a erva doce (82%), o capim santo e o chá de hortelã, estes últimos com representatividade de 66% e o chá da casca de laranja com 64%.

Ao relacionar os dados colacionados da presente pesquisa, percebeu-se que houve contradição nas informações prestadas. Isso por que, 35,2%, que corresponde a 19 idosos, responderam que nunca realizaram a automedicação, não obstante, quando indagados acerca do uso de medicações mais conhecidas comercialmente, tenham se colocado em sentido contrário.

Por todo o exposto, observou-se que em virtude do aumento da população idosa, faz-se necessário que todos os seguimentos da sociedade voltem-se a essa realidade, no intuito de minimizar os problemas e potencializar as capacidades dos idosos.

Conclusão

Os objetivos da presente pesquisa foram alcançados, apresentando resultados que propiciaram conhecer, de fato o perfil dos idosos frente à questão da automedicação. Os dados coletados isoladamente foram comparados entre si, objetivando extrair-se com a maior fidelidade possível a realidade vivida por cada um dos integrantes do grupo, bem como pela amostra como um todo.

Verificou-se que a maioria dos idosos se apresentou como conhecedores da automedicação. Esses resultados devem-se à elevação do nível de escolaridade apresentada pela população idosa.

As sugestões lançadas após a conclusão do estudo é de que há a necessidade de se criar políticas públicas voltadas para o combate a automedicação, pois no Brasil ainda são poucas as ações nessa área. Além disso, deve-se aumentar a educação em saúde em lugares estratégicos para o prélio a essa prática, assim como também investir na capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde.

Conhecer a automedicação é o primeiro passo para que se possa adentrar veementemente em suas consequências e por conseguinte combatê-las. Essa função compete a todos e, em especial, aos profissionais da saúde. Tendo em vista o papel de destaque e de importância nesse contexto estão os profissionais de enfermagem.

Referências

ALMEIDA, J. P. G.; CANTUÁRIA, B. A.; ASSIS, J. R. Automedicação realizada pelos pacientes idosos do naspp em montes claros – MG. **Rev. Multidisciplinar das Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros**, v. 10, n. 15, p. 94-103, 2012.

DYNIEWICZ, A. M. Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes. **Journal of Nursing**, v. 5, n. 5, p. 1313-1314, 2009.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas. p. 27- 28, 2010.

LUCCHETTI, G.; GRANERO, A. L.; PIRES, S. L.; GORZONI, M. L. Fatores associados à polifarmácia em idosos institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 13, n. 1, p.51-8, 2010.

MARTINS, J. J.; BARRA, D. C. C.; SANTOS, T. M.; HINKEL, V., NASCIMENTO, E. R. P. D.; ALBUQUERQUE, G. L.; ERDMANN, A. L. (Educação em saúde como suporte para a qualidade de vida de grupos da terceira idade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 09, n. 02, p. 443 - 456, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a12.htm>>. Acesso em: 15 ago 2013.

MICHEL, M. H. **Metodologia em Pesquisa Científica em Ciências Sociais. Um guia prático para acompanhamento da disciplina e elaboração de trabalhos monográficos**. São Paulo: Atlas, Cap. 02, p. 33, 2005.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

OMS. Organização Mundial de Saúde. **The role of the pharmacist in self-care and self-medication.**The Hague: World Health Organization; 1998.

SANTOS, P. L.; FORONI, P. M.; CHAVES, M. C. F. Atividades físicas e de lazer e seu impacto sobre a cognição no envelhecimento. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 42, n. 1, p. 54-60, 2009.

SILVA, M. C. S. A.; LAUTERT, L. O senso de auto-eficácia na manutenção de comportamentos promotores de saúde dos idosos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 1, p. 61-67, 2010.

Agradecimentos

Agradeço a Deus por todas as oportunidades que ele tem me proporcionado e agradeço a minha orientadora professora Ms. Laura Maria Feitosa Formiga, obrigada por tudo, principalmente pela confiança.

PERFIL DOS UNIVERSITÁRIOS SOBRE FATORES ASSOCIADOS À SÍNDROME METABÓLICA

Mayla Rosa Guimarães – Universidade Federal do Piauí/ m_aylaguimaraes@hotmail.com

Reângela Cíntia de Oliveira Lima – Universidade Federal do Piauí - UFPI

Maria Robervânia Rodrigues Lima – Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza – FAMETRO

Sheila Lima Diogênes Santos – Universidade Federal do Piauí – UFPI

Viriato Campelo – Universidade Federal do Piauí - UFPI

Ana Roberta Vilarouca da Silva (orientador) – Universidade Federal do Piauí - UFPI

Palavras-chave: *Síndrome X metabólica. Universitários. Fatores de risco.*

Resumo

Objetivou-se neste estudo caracterizar a população a ser estudada quanto às variáveis socioeconômicas e de estilo de vida e identificar a frequência de fatores de risco para a SM em universitários. **Metodologia:** Trata-se de estudo do tipo comparativo, prospectivo. O projeto foi realizado em uma instituição pública de ensino superior de um campus do interior do Piauí. A coleta aconteceu no período de novembro de 2013 a julho de 2014, através de formulários contendo dados socioeconômicos, antropométricos de estilo de vida e exames laboratoriais. **Resultados e Discussão:** Participaram do estudo 66 universitários de ambos os sexos, sendo 40,9% homens e 59,0% mulheres. A faixa etária compreendida entre 18 e 40 anos. 69,3% se auto referiu da cor parda. Para a situação laboral, 72,7% que apenas estudam, 90,9% são solteiros e 86,3% denominados na classe C2. 31,8% dos universitários residem com os pais. Obtiveram-se 63,6% de sedentários. 87,8% dos estudantes nunca fumaram. Verificou-se que 40,9% está com sobrepeso. 42,4% apresentaram valores de triglicerídeos elevados, sendo que 75,7% obtiveram um baixo HDL colesterol e 7,5% apresentaram níveis de pressão arterial compatíveis com limítrofe. Foi possível perceber uma frequência de dois (31,8%), três ou mais (24,2%) fatores de risco para a Síndrome Metabólica. **Conclusão:** Foi possível avaliar o estilo de vida dos universitários e a frequência da SM na comunidade acadêmica. A dificuldade encontrada na realização deste estudo foi no cumprimento do jejum de 12h, orientado para a realização dos exames laboratoriais, e de acordar no horário marcado para a coleta venosa.

Introdução

A Síndrome Metabólica (SM) é um mal da vida moderna que está relacionado às mudanças no estilo de vida das pessoas. Com o avanço da tecnologia e a falta de tempo, o estilo de vida do ser humano tem mudado de forma significativa. Todas essas mudanças resultaram em modificações psicológicas, antropométricas e metabólicas dos indivíduos. Juntos eles têm contribuído para um estilo de vida sedentário e uma alimentação hipercalórica e não saudável. Todos esses fatores colaboraram para o surgimento de uma série de distúrbios cardiometabólicos (FREITAS, 2013). A SM pode ser definida como um grupo de fatores de risco interrelacionados, de origem metabólica, que diretamente contribuem para o desenvolvimento de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), Doenças Cardiovasculares (DCV) e (ou) diabetes do tipo 2 (National Cholesterol Education Program's Adult III - NCEP-ATP III, 2001). Normalmente, a SM é considerada uma condição existente em adultos, porém a sua ocorrência em adultos jovens tem sido cada vez mais comum, sobretudo nos que se encontram acima do peso e que possam apresentar Resistência Insulínica (RI), independentemente dos critérios ou definição utilizados (I DIRETRIZ DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍNDROME METABÓLICA, 2005). No Brasil, uma pesquisa realizada pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), do Ministério da Saúde (MS), revela que 51% da população brasileira está acima do peso. Dados inéditos do MS revelam que, pela primeira vez, o percentual de pessoas com excesso de peso supera mais da metade da população brasileira. A pesquisa Vigitel (2012), mostra que 51% da população acima de 18 anos está acima do peso ideal. Assim, acredita-se que a dieta contemporânea, rica em gordura saturada e carboidratos, iniciada já na infância, é provavelmente um importante colaborador para o desenvolvimento da hiperinsulinemia e da obesidade (REAVEN, 2010), sendo importante averiguar sua prevalência e (ou) frequência na população universitária, considerando que estes ao entrar na universidade passam por diversas transformações, como: mudança de ambiente, convivência, novo ritmo acadêmico, distância dos familiares e a falta de tempo que aumenta a ingestão de alimentos semi-prontos, fast-foods, industrializados, refrigerantes e aqueles ricos em açúcares e gorduras saturadas.

Metodologia

O presente estudo faz parte do projeto de pesquisa intitulado “Síndrome Metabólica entre Universitários: Prevalência e Intervenções Educativas” tendo como subtítulo “Conhecimento sobre Fatores de Risco para Síndrome Metabólica: intervenções educativas”. Projeto financiado pela Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Piauí (FAPEPI) e cadastrado na Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação (PRPPG). O projeto foi realizado em uma instituição pública de ensino superior de um campus do interior do Piauí. Trata-se de estudo quase-experimental, do tipo comparativo, prospectivo e de intervenção. Na primeira fase da pesquisa foram investigados fatores de risco e prevalência para SM e os que apresentaram pelo menos dois fatores de risco e que estavam regularmente matriculados na universidade foram convidados para participar desta segunda fase, assim perfazendo 66 universitários distribuídos entre os nove cursos de graduação.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

A coleta aconteceu no período de novembro de 2013 a junho de 2014, através de formulários com dados socioeconômicos, antropométricos e clínicos. Na coleta de dados houve um acolhimento com a apresentação do projeto e dos pesquisadores e universitários. Aplicou-se a dinâmica Conhecendo o Grupo. Os universitários foram orientados quanto à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ao preenchimento correto do questionário socioeconômico e do formulário para coleta de dados antropométricos. Em seguida, procedeu-se a mensuração dos dados: peso, estatura, Circunferência Abdominal (CA) que foi medida no ponto médio entre as últimas costelas e a crista ilíaca, no ponto de maior circunferência em torno da cintura, utilizando fitas métricas, com o indivíduo em posição ereta. De acordo com o NCEP-ATP III (2001) para a SM são válidos valores > 88 cm para mulheres e > 102 cm para homens, e, Índice de Massa Corporal (IMC) e Pressão Arterial (PA) que foi realizada com esfigmomanômetros aneróides e manguitos de diferentes tamanhos, com a largura da borracha correspondente a 40% da circunferência do braço e o comprimento envolvendo no mínimo 80%. Usaram-se também estetoscópios biauriculares para a técnica auscultatória na PA. A aferição da pressão arterial foi realizada em três momentos, para a escolha adequada do braço, as medidas foram obtidas em ambos os membros superiores e, em caso de diferença, utilizou-se sempre do que apresentava maior nível de pressão para as medidas subsequentes. Em seguida, foram verificadas três medidas com intervalo mínimo de um minuto entre cada uma e a média das duas últimas medidas será considerada a pressão arterial do indivíduo. Sendo ainda realizadas orientações quanto à data dos exames laboratoriais e de quais requisitos seriam necessários para realizá-los, como o jejum de 12h, explicando também que não haveria risco algum para o participante. **Exames Laboratoriais:** Os participantes das atividades de educação em saúde foram convidados e orientados durante os três encontros a repetir e (ou) realizar novamente os exames laborais para avaliar as taxas relacionadas aos fatores de risco de SM. Para a realização dos exames foi orientado e exigido um jejum de 12h. Estes ocorreram, em dois momentos, no laboratório de enfermagem I da UFPI/CSHNB, seguindo a ordem de chegada e sendo registrados cada participante em lista de frequência. O tempo da coleta foi de aproximadamente 2h, ocorrendo de 6 às 8h da manhã. A coleta de dados e sequência da educação em saúde permaneceu até completar todos os requisitos da pesquisa. Foram atendidas as exigências das Diretrizes e Normas da pesquisa com Seres Humanos das resoluções 196/96 e 466/12. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da UFPI, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/MS) possuindo aprovação pelo Certificado de Apresentação para a apreciação Ética de nº 0408.0.045.000-11.

Resultados e Discussão

A pesquisa procurou caracterizar a população estudada quanto às variáveis socioeconômicas, antropométricas, clínicas, laboratoriais e, além disso, quanto ao estilo de vida dos universitários na frequência dos fatores de risco associados à Síndrome Metabólica. Assim, participaram do estudo em questão até o momento 66 universitários de ambos os sexos, sendo 40,9% homens e 59,0% mulheres. A faixa etária dos participantes está compreendida entre 18 e 40 anos, com média de 29 anos. 69,3% se auto referiu da cor parda e 30,6% se auto referiu branca. Para a situação laboral, obteve-se 72,7% que apenas estudam, 90,9% são solteiros e 86,3% foram denominados na classe C2. Um percentual de 31,8% dos universitários reside com os pais. Ao entrar na universidade, os indivíduos passam por diversas transformações em várias áreas de sua vida. Levando-se em consideração essas mudanças e o ritmo acadêmico das universidades, acredita-se que as mudanças mais comuns no estilo de vida são: o hábito alimentar inadequado, a redução da atividade física, o consumo de álcool e cigarro. Dessa forma, obtiveram-se 63,6% de sedentários. Para o uso de cigarro, obtiveram-se uma pontuação de 87,8% para estudantes que nunca fumaram. Para a classificação quanto ao uso do álcool, foi utilizado o AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). Assim, 16,6% encontravam-se na Zona II – médio risco. Quanto ao Índice de Massa Corporal, verificou-se que 40,9% está com sobrepeso. Já quanto à Glicemia de jejum, os índices foram todos normais. Cerca de 42,4% apresentaram valores de triglicerídeos elevados. Sendo que 75,7% obtiveram um baixo HDL colesterol. A Circunferência Abdominal (CA) também foi considerada, sendo que 92,4% dos estudantes estavam com a CA normal. Com relação à pressão arterial, 7,5% apresentaram níveis compatíveis com limítrofe. A frequência da Síndrome Metabólica entre universitários seguiu o diagnóstico preconizado pela NCEP III (2001), onde a presença de três ou mais fatores de risco juntos podem ser considerados critérios para determinar a presença da SM. A partir da análise dos dados obtidos foi possível perceber uma considerável frequência de dois (31,8%), três ou mais (24,2%) fatores de risco para a Síndrome Metabólica na comunidade universitária. Um ensaio clínico randomizado realizado com 80 indivíduos e duração de quatro meses em Porto Alegre - Brasil, os pacientes foram randomizados em grupos de intervenção e controle. Assim, verificou-se após intervenções educativas e análise que havia uma significativa frequência dos fatores de risco para a SM, os seguintes resultados foram encontrados: valores do índice de massa corporal ($p < 0,001$), que reduziu de 31,7 kg/m² (DP $\pm$ 3,9) para 30,9 kg/m² (DP $\pm$ 3,8), na circunferência abdominal a redução foi de 108,1 cm (DP $\pm$ 9,8) para 105,9 cm (DP $\pm$ 9,5). As associações estatisticamente significativas se deram nas correlações entre índice de massa corporal, glicemia e triglicerídeos, redução do consumo de leite integral ($p = 0,002$), aumento no consumo de cereais integrais ($p = 0,008$) e de leite desnatado ($p = 0,010$), e entre o aumento no consumo de vegetais e a redução dos triglicerídeos (BUSNELLO et al., 2011).

Conclusão

Por ser ainda pouco conhecida e de caráter multifatorial, a Síndrome Metabólica, pode apresentar diversas complicações, principalmente quando ligada às DCNT. Com base nos resultados deste estudo e sua confrontação com a literatura, percebe-se que os estudantes universitários possuem comportamentos de risco relacionados à sua saúde. Ao traçar perfis socioeconômicos, foi possível avaliar também o estilo de vida dos indivíduos e seu nível de inatividade física, que consequentemente resultam em fatores de risco para agravos à sua saúde, dentre eles a Síndrome Metabólica. Apesar de ter sido encontrada uma razoável frequência da Síndrome nesses sujeitos, uma parcela significativa deles apresentou componentes individuais ou associados da SM, além de elevados índices de sedentarismo e sobrepeso, o que pode trazer complicações futuras. O estilo de vida dos acadêmicos ainda deve ser mais bem estudado, principalmente no que diz respeito à prática de exercícios físicos. É considerável que a temática dessa pesquisa seja replicada com delineamento longitudinal a fim de gerar maiores evidências. As dificuldades encontradas na realização deste estudo foram: dificuldades dos estudantes em cumprir o jejum de 12h, orientado para a realização dos exames laboratoriais, e de acordar no horário marcado para a coleta venosa.

Referências

BRASIL. Resolução nº 196/96. **Conselho Nacional de Saúde, Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991**. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm. Acessado em: 28.12.13.

_____. Resolução nº 466/2012. Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991. Estabelece critério sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Bioética, Brasília, DF, 14 de junho de 2013.

_____. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL). Ministério da Saúde. Mais da metade da população brasileira tem excesso de peso. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/12926/162/mais-da-metade-da-populacao-brasileira-tem-excesso-de-peso.html> acessado em: 11.12.2013.

BUSNELLO et al.: Intervenção Nutricional e o Impacto na Adesão ao Tratamento em Pacientes com Síndrome Metabólica. **Rev Arq Bras Cardiol**, vol. 3, p. 217-224, Porto Alegre – Brasil, 2011.

FREITAS, R. W. J. F. Prevalência da Síndrome Metabólica e de seus Componentes em Universitários. **Tese de Doutorado**. Fortaleza – CE, 2013.

FIGLIE, N. B.; PILLON, S. C.; DUNN, J.; LARANJEIRA, R. The frequency of smoking and problem drinking among general hospital inpatients in Brazil – using the AUDIT and Fagerstrom questionnaires. São Paulo. Med J . v.118, n.5, p.139-143, 2000.

NATIONAL CHOLESTEROL EDUCATION PROGRAM (NCEP) EXPERT PANEL ON DETECTION, EVALUATION, AND TREATMENT OF HIGH BLOOD CHOLESTEROL IN ADULTS (ADULT TREATMENT PANEL III). Journal of the American Medical Association. v. 285, p 97-2486. 2001.

REVEN, G. M. The Metabolic Syndrome: time to get off the merry-go-round? **J.Int. Med.**, v.269, p. 127-136, 2010.

SOCIDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I DIRETRIZ BRASILEIRA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍNDROME METABÓLICA. (1.). **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v.84, supl.I, 2005.

Agradecimentos

A Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Piauí (FAPEPI)

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA POPULAÇÃO DE UMA MICRO ÁREA DO BAIRRO BELA VISTA DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - PE

Suzy Rodrigues Soares Magalhães– Residência Multiprofissional de Atenção a Saúde – Saúde da Família - CAV – UFPE. suzynutricionista@gmail.com

Andreza de Vasconcelos Porfírio - Residência Multiprofissional de Atenção a Saúde – Saúde da Família - CAV – UFPE.

Josias da Costa Pimentel - Residência Multiprofissional de Atenção a Saúde – Saúde da Família - CAV – UFPE.

Maria Valquiria de Medeiros Silva – Residência Multiprofissional de Atenção a Saúde – Saúde da Família - CAV – UFPE.

Palavras-chave: Perfil Epidemiológico. Indicadores de Saúde. Indicadores Demográficos. Indicadores de mortalidade.

Resumo

Esta pesquisa teve como objetivo traçar o perfil epidemiológico de uma micro área do bairro Bela Vista utilizando para tal, dados de documentos existentes na ESF, para assim poder analisar indicadores de mortalidade, indicadores ambientais e indicadores demográficos. Com a coleta desses dados foi possível observar que o coeficiente de mortalidade infantil foi inferior ao encontrado em Pernambuco, demonstrando que houve uma diferença significativa na qualidade de saúde e no aumento ao acesso aos serviços de saúde do município. Quanto às informações relativas aos indicadores ambientais, percebemos que apesar do município de Vitória de Santo Antão não se encontrar dentro dos padrões básicos necessários em relação ao destino de fezes e urina, tendo a fossa como principal local de destino, na maioria das casas na microárea estudada, o abastecimento de água é realizado pela rede pública e a coleta de lixo é feita regularmente. Com a finalização dessa pesquisa pôde-se concluir que a elaboração do perfil epidemiológico é essencial para o planejamento das ações na atenção primária.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) criado pela constituição federal em 1988 abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso gratuito para a toda a população do país e tem por alguns de seus princípios doutrinários a Universalidade e a Integralidade.

Sabendo que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) criada pelo Ministério da Saúde e teve início, em 1994 como um dos programas propostos pelo governo federal aos municípios para implementar a atenção primária e uma das principais estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais neste nível de assistência e que tem como objetivo reorganizar a prática de atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, priorizando ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas de forma integral e contínua.

Para reafirmar e ampliar o raio de abrangência das ações de atenção básica nas equipes de saúde da família incorporado a ela o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) criado pelo Ministério da Saúde, em 2008. O NASF promove através do apoio matricial a criação de espaços para a produção de novos saberes e a ampliação da clínica, compartilhando a responsabilidade e apoiando no processo de coordenação do cuidado.

Percebendo a complexidade que todo o Sistema Único de Saúde envolve e a importância de levarmos em consideração as especificidades de cada pessoa ou cada grupo de pessoas, e a necessidade de territorialização e regionalização para a prática eficiente da atenção a saúde, fica clara a importância da epidemiologia em todo esse processo.

Uma vez, que a epidemiologia constitui um ramo das ciências da saúde que estuda, na população, a ocorrência, a distribuição e os fatores determinantes dos eventos relacionados com a saúde (PEREIRA, 1995) e que suas aplicações variam desde a descrição das condições de saúde de uma população à investigação de fatores que são determinantes na hora de avaliar o impacto dessas ações e alterar as situações de saúde e até a avaliar a maneira como os serviços de saúde são utilizados. Contribuindo para avaliar e qualificar a saúde de uma determinada população e assim promover informações e ferramentas necessárias à prevenção de doenças.

Diante do exposto e com o propósito de ampliar e melhorar o serviço prestado no bairro da Bela Vista no município de Vitória de Santo Antão, foi elaborado um trabalho a fim de construir um perfil epidemiológico de uma microárea do bairro acima referido.

Metodologia

DELINEAMENTO: Estudo epidemiológico transversal e abrangência municipal. Mediante análise secundária de dados.

POPULAÇÃO E AMOSTRA: A população alvo deste diagnóstico é estimada em 22 mil pessoas o que corresponde à população do bairro da Bela Vista. O processo amostral por conveniência foi utilizado na seleção da amostra e escolheu-se a microárea 3 coberta por um Agente Comunitário de Saúde (ACS).

INSTRUMENTO E MEDIDAS: Os dados para desenvolvimento do presente diagnóstico foram obtidos mediante utilização da ficha A e colhimento de informações na secretaria municipal de saúde mediante apresentação de um ofício emitido pela secretaria da Residência. Nas fichas A, extraíram-se informações referentes à quantidade de habitantes da microárea, indicadores de morbidade para tuberculose, hanseníase, HIV/AIDS, hipertensão arterial, diabetes, sífilis congênita, condições de saneamento, coleta de lixo e abastecimento de água. Na secretaria municipal de saúde, os dados colhidos foram em relação ao número de óbitos e taxa de natalidade.

ANÁLISE DE DADOS: Foram empregados procedimentos descritivos para análise dos dados como distribuição de frequências, elaboração de gráficos e tabelas. A tabulação e análise dos dados foram processadas através do programa Excel para Windows.

Resultados e Discussão

A microárea estudada apresenta uma população total de 479 pessoas que corresponde a 140 famílias. De acordo com a **PORTARIA Nº 134/SAS/MS, DE 04 ABRIL DE 2011**,um ACS é responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas. Estando esse ACS com uma quantidade de famílias dentro dos limites máximos estabelecido pela portaria.

INDICADORES DE MORTALIDADE: Faz referência ao conjunto dos indivíduos que morrem num dado intervalo de tempo sendo calculado pela taxa ou coeficiente de mortalidade. Ela representa a intensidade com que os óbitos por uma determinada doença ocorrem nu ma certa população.

Coeficiente de Mortalidade Infantil: Esse coeficiente de mortalidade infantil foi calculado a partir dos dados obtidos pelas mortes infantis e o número de nascidos vivos no período de 01 de janeiro a 18 de outubro de 2013.

Mês/ 2013	Coeficiente de mortalidade infantil – Microárea
01 de Janeiro a 18 de outubro	0

Mês/ 2013	Coeficiente de mortalidade infantil – Bela vista
01 de Janeiro a 18 de outubro	36,2

Mês/ 2013	Coeficiente de mortalidade infantil - Vitória
01 de Janeiro a 18 de outubro	12,63

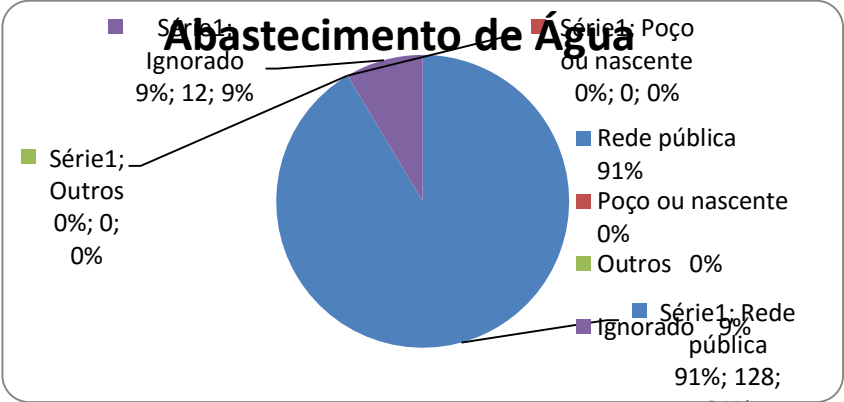
Em 2010, o Brasil que estava em 103º no ranking mundial dos piores índices de mortalidade infantil passou para 107º lugar. Pernambuco apresentava em 1980 um coeficiente de 104,6 caindo para 18,5 em 2010. Diante dos dados podemos observar que Vitória de Santo Antão apresenta um coeficiente inferior ao encontrado em Pernambuco demonstrando a qualidade e o maior acesso aos serviços de saúde.

Coeficiente de Mortalidade Materna: Não foram observados casos de mortalidade materna no bairro da Bela Vista como no município de Vitória de Santo Antão no período estudado. Refletindo a boa qualidade da assistência prestada às gestantes desde o pré-natal ao puerpério.

INDICADORES AMBIENTAIS

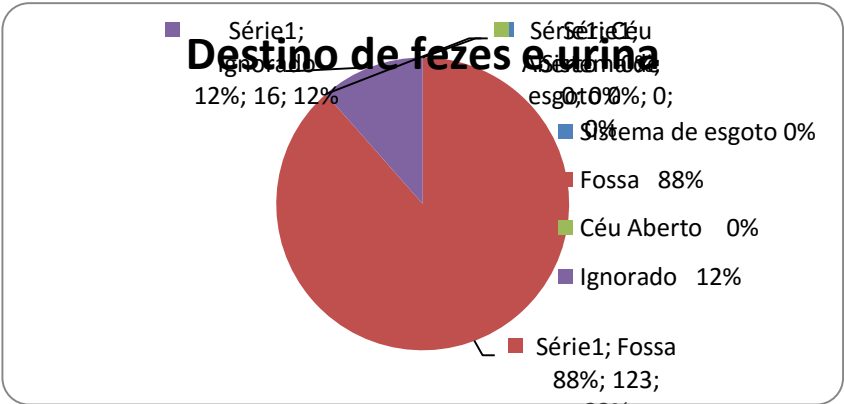
Abastecimento de água: O **gráfico 1**. representa a situação de abastecimento de água nas residências da micro área estudada. A forma de abastecimento encontra-se adequada visto que 91% das fichas A apontam que o mesmo é realizado pela rede pública. A adequação do abastecimento assegura a qualidade da água consumida o que leva à diminuição do aparecimento de doenças pela ingestão de água contaminada.

Gráfico 1- Tipo de abastecimento de água das residências.



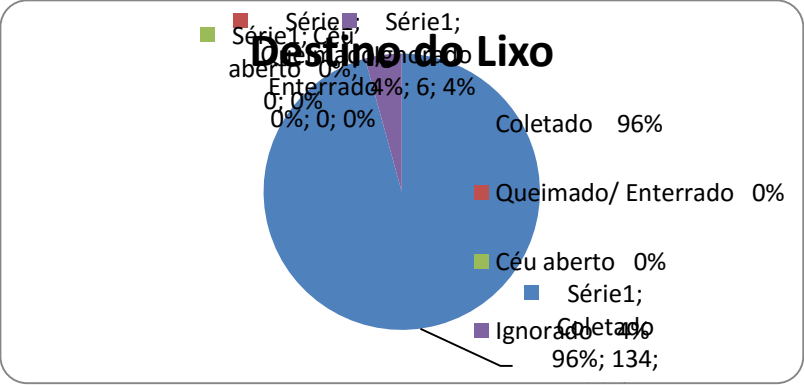
*Tratamento de esgoto:*Em relação ao destino das fezes e urina, observa-se no **gráfico 2** que as residências não apresentam sistema de esgoto e que a totalidade das respostas nas fichas A apontaram para fossa. Isso indica que o saneamento da microárea ainda é incipiente. O tratamento inadequado de esgoto apresenta risco, pois, as fezes são um veículo de contaminantes a saúde da população. As fezes depositadas a céu aberto ou em terrenos baldios atraem animais transmissores de doenças.

Gráfico 2- Destino de fezes e urina das residências



Coleta de lixo: O **gráfico 3** demonstra que a situação de destino do lixo das residências está sendo realizada de forma adequada, pois, 96% das fichas A apontam que o lixo está sendo coletado. Esse resultado mostra-se satisfatório, pois, o lixo é um veículo de contaminantes a saúde da população. Constitui perigo físico, químico, de acidente, e principalmente biológico. O lixo depositado a céu aberto ou em terrenos baldios atrai animais transmissores de doenças, como ratos, baratas, moscas, entre outros, podendo causar diarreias infecciosas, parasitoses, dengue e outras doenças cujo vetor se desenvolve muito bem nesse ambiente inóspito.

Gráfico 3 – Destino do lixo das residências



INDICADORES DEMOGRÁFICOS

Taxa de Natalidade:A taxa de natalidade demonstra a forma como a natalidade atua sobre determinada população, as taxas elevadas estão associadas as condições socioeconômicas precárias e a aspectos culturais da população. As variações temporais da natalidade; possibilita o cálculo do crescimento vegetativo ou natural da população e subsidia o processo de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas relativas à atenção materno infantil (INSA, 2010).

Taxa de natalidade		
	Microárea	Vitória
01 de Janeiro a 18 de outubro	8,35	12,17

De acordo com as taxas observadas percebemos que tanto a microárea estudada quanto Vitória de Santo Antão apresentam baixas taxas de natalidade. Esse baixo índice possivelmente se dá pela situação socioeconômica dos moradores do município, pelo aumento da busca pelo planejamento familiar.

Taxa de Fecundidade: A taxa de fecundidade aponta a situação reprodutiva de uma mulher pertencente a uma população em estudo, supondo-se a ausência de mortalidade. Taxas inferiores a 2,1 são sugestivas de fecundidade insuficiente para assegurar a reposição populacional (INSA, 2010).

A taxa de fecundidade de uma microárea do bairro da bela vista em Vitória de Santo Antão foi calculado a partir de dados do número de nascidos vivos de mães entre 15 a 49 anos no período de 01 de janeiro a 18 de outubro de 2013.

Taxa de fecundidade	
	Micro área
01 de Janeiro a 18 de outubro	6,33

O resultado encontrado para fecundidade demonstra que a microárea não apresenta uma taxa insuficiente assegurando a reposição populacional. A taxa encontrada pode estar associada a vários fatores, tais como: urbanização crescente, redução da mortalidade infantil, melhoria do nível educacional, ampliação do planejamento familiar, maior participação da mulher na força de trabalho e instabilidade de emprego.

Conclusão

Tanto a micro área como a cidade de Vitória de Santo Antão apresentou um coeficiente de mortalidade infantil inferior ao encontrado em Pernambuco, demonstrando que houve uma diferença significativa na qualidade de saúde e no aumento ao acesso aos serviços de saúde do município. Também é possível observar que o coeficiente de mortalidade materna no bairro da Bela Vista assim como no município de Vitória de Santo Antão reflete a boa qualidade da assistência prestada às gestantes desde o pré-natal ao puerpério. Quanto às informações relativas aos indicadores ambientais, percebemos que apesar do município de Vitória de Santo Antão não se encontrar dentro dos padrões básicos necessários em relação o destino de fezes e urina, com a fossa como destino. Na maioria das casas na microárea estudada, o abastecimento de água é realizado pela rede pública e a coleta de lixo é feita regularmente. Conclui-se que a elaboração do perfil epidemiológico é essencial para o planejamento das ações na atenção primária, pois mediante a análise dos indicadores de saúde pode-se identificar problemas e desenvolver estratégias referentes à demanda dos comunitários, com o propósito de garantir melhorias na qualidade de vida dos mesmos.

Referências

INSA. **Taxa de fecundidade total.** Instituto Nacional do Semiárido. 2010. Disponível em <http://www.insa.gov.br/censosab/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=44&Itemid=89>. Acesso em: 19/11/2013.

MEDRONHO, R.A. et al. **Epidemiologia.** In: FILHO, N. A; MEDRONHO, R.A. Formação Histórica da Epidemiologia. 2 ed, São Paulo: Ateneu, 2009.

PEREIRA, M.G. Mortalidade. In: **Epidemiologia: Teoria e Pratica.** Capítulo 6, pag. 126. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1995.

Agradecimentos

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Agradeço a todos que direta e indiretamente contribuíram para a realização desta pesquisa, em especial, aos professores do CAV-UFPE, agentes comunitários de saúde e funcionários da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória de Santo Antão- PE

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO E CINÉTICO FUNCIONAL DE AMPUTADOS ATENDIDOS EM INSTITUIÇÃO DE REFERÊNCIA, FORTALEZA-CE.

Kamilla de Oliveira Carneiro – Universidade de Fortaleza - UNIFOR
Samara Alves Moura Beserra – Universidade de Fortaleza - UNIFOR
Plínio de Oliveira Duarte – Universidade de Fortaleza - UNIFOR
Leila Maria Machado Bezerra – Docente da Universidade de Fortaleza – UNIFOR

kamilla_oliver@hotmail.com

Palavras-chave: Diabetes mellitus. Epidemiologia. Clínico. Cinético funcional. Amputados

Resumo

Objetivo: determinar o perfil epidemiológico, clínico e cinético funcional de diabéticos amputados atendidos em instituição de referência, Fortaleza- CE. **Métodos:** Estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa realizado em instituição de referência em Fortaleza-CE, no período de novembro a dezembro de 2013. População composta de 51 pacientes atendidos no CIDH. incluídos amputados do sexo feminino e masculino com idade entre 41 a 60 anos. Utilizado um questionário, aplicado individualmente nos corredores do CIDH, contendo questões fechadas, abordando variáveis sócio demográficas clínicas e cinético funcional. **Resultados e Discussões:** O perfil dos amputados com diabetes mellitus foi na maioria do sexo masculino (60,8%), com faixa etária de 41 a 60 anos (52,9%), nascidos no Ceará (56,9%), com nível de escolaridade 1º grau incompleto (51,2%). A maior parte eram pardos (54,9%), casados (62,7%), ganhava entre 1 a 3 salários mínimos (76,5%), todos os pacientes tinham DM e com a amputação com maior frequência no membro inferior esquerdo (51,0%) e desarticulação dos pés (46,0%). Em sua maior parte conseguiam fazer sozinho: levantar a cadeira (70,6%), pegar objeto do chão estando em pé (64,7%), levantar do chão (45,1%), andar pela casa (68,6%), deixar e fazer a maioria das atividades após a amputação (33,4%). **Conclusão:** A maioria do sexo masculino, na faixa etária de 40 a 61 anos, com estudo até 1º grau completo, com renda de 1 a 3 salários mínimos, em maior incidência amputações de membros inferiores esquerdo á nível da desarticulação dos dedos dos pés, mas realizar sozinhas as atividades de vida diária.

Introdução

O avanço da tecnologia, da ciência e a expectativa de vida da população contribuem para o aumento da incidência de doenças crônicas degenerativas dentre elas a diabetes mellitus (DM). A DM é uma síndrome metabólica de várias causas, que pode resultar na não produção da insulina suficiente e/ou na uma falta dela e por ser uma doença que afeta uma grande parte da população é considerada um problema de saúde pública (LUCAS et al, 2010). Segundo a Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2009), existem vários tipos de diabetes nos quais temos a DM tipo I e II, a gestacional, dentre outros tipos menos comuns. Sendo a maioria dos casos a do tipo 2, dando início após os 40 anos ou em qualquer idade (LUCAS et al, 2010).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2011), o Brasil ocupa o 4º lugar em maior prevalência de diabetes com 6,5% da população brasileira, 50% não sabe que tem a doença. O sexo feminino lidera a estimativa de diabetes mellitus com 6%, já os homens 5,2%. Nas 26 capitais e no Distrito Federal, 5,6% da população tem a patologia. Fortaleza é a capital que tem o maior percentual de pessoas diabéticas com 7,3%. A doença destaca-se em pessoas com escolaridade menos favorecidas e nos idosos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2012).

Com o diagnóstico correto e precoce da Diabetes mellitus se pode retardar ou evitar complicações crônicas, as mais frequentes são as decorrentes da neuropatia diabética e da doença vascular periférica que é caracterizada por uma lesão no pé (LUCAS et al, 2010). Silva e Nucci (2012), afirma que a DM pode evoluir para insuficiência renal, retinopatia com possibilidade de cegueira, neuropatias com risco de úlceras nos pés, amputações e disfunção sexual.

Segundo Lopes e Brito (2009), existem vários fatores de riscos que podem levar à amputação, mas o mais importante deles é mal cuidado com os pés, resultando na formação de úlcera, infecção e gangrena, onde a retirada de um membro gera um impacto grande na população principalmente idosa, afetando as atividades dessa pessoa, sua qualidade de vida e a sobrevida. Essas amputações são evitadas em 85% se pacientes procurarem os centros especializados precocemente (LUCAS et al, 2010).

Santos et. al (2010), afirma que no Brasil, estima-se que a incidência de amputações seja de 13,9 por 100000 habitantes/ano. Assumpção et. al (2009), complementa que a amputação tem uma frequência 15 vezes maior nos diabéticos com nível sócio econômico menos favorecido, com condições precárias de higiene e acesso restrito ao serviço de saúde. Sendo 70% das amputações de causa vascular, havendo uma sobrevida baixa desses pacientes após amputação que chega aproximadamente de 40% após três anos (LIANZA, 2011).

O fisioterapeuta faz o diagnóstico cinético funcional que é um conjunto de informações principalmente motoras e músculo esquelético, o diagnóstico é feito com uma anamnese e exame físico do paciente, os dados coletados resulta numa melhor recuperação do paciente (ARAÚJO; ANDRADE; TÔRRES, 2008). Uma avaliação cinética funcional do paciente amputado tendo que perceber seu estado físico, psicológico e a situação do coto, ou seja a avaliação deve ser minuciosa de acordo com os objetivos de cada paciente no período pré e pós-operatório, sendo uma delas a preparação do coto para o protetização (MINOSSI, 2010).

O presente estudo se justifica pela necessidade de conhecimento acerca da prevalência de amputação, a epidemiologia, os aspectos clínicos e cinéticos funcionais relacionados à amputação de membros inferiores, já que principalmente o pé diabético pode levar a amputação, influenciando na funcionalidade do diabético. Além do benefício de permitir um maior conhecimento dos profissionais acerca dessa realidade, com uma visão mais ampla e uma maior possibilidade terapêutica diante da sua recuperação. O presente estudo teve como objetivo avaliar o perfil epidemiológico, clínico e cinético funcional de diabéticos amputados de membros inferiores atendidos em instituição de referência, Fortaleza- CE.

Metodologia

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa, realizado no Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão – CIDH, instituição de referência no atendimento ao paciente diabético, no período de novembro a dezembro de 2013. A população do estudo foi composta de 51 pacientes diabéticos atendidos no CIDH, sendo a amostra composta por diabéticos amputados atendidos pelas diversas especialidades médicas, durante a sua permanência nos corredores à espera de atendimento, Foram incluídos no estudo amputados do sexo masculino e feminino, com idade entre 41 a 60 anos, que aceitaram participar da pesquisa após terem lido, compreendido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O instrumento utilizado para coleta de dados foi um questionário, aplicado de forma individual nos corredores do CIDH, contendo questões fechadas, que abordou variáveis sócio demográficas, clínicas e cinéticas funcionais dos amputados. Os dados foram agrupados pelo programa SPSS, versão 11.0, com posterior análise e interpretação. Os aspectos éticos e legais foram respeitados, sendo assegurados aos entrevistados o anonimato e a livre escolha de decisão na participação da pesquisa, onde todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Obedecendo a Resolução 466/12 do Ministério da Saúde, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza - COÉTICA, sendo aprovado sob o parecer Nº 172/2010.

Resultados e Discussão

Em relação às características socioeconômicas dos indivíduos investigados houve um percentual maior de sujeitos do gênero masculino (60,8%) do que do feminino (39,2%). Com faixa etária variando de 41 a 60 (52,9%) e de 61 ou mais (47,1%). Quanto a naturalidade dos indivíduos investigados a maioria nasceu no interior do Ceará com 56,9%, seguindo-se aos de Fortaleza (39,2%) e outros Estados (3,9%). O nível de escolaridade variou desde sujeitos analfabetos até terceiro grau completo, com a maior porcentagem de 1º grau incompleto (51,2%). As etnias dos indivíduos variaram entre parda (54,9%) com um maior percentual e negros com 3,9%. Além disso, a maioria (49,0%) foi de funcionário liberal; 45,1% vivem da aposentadoria; são funcionários públicos somente 3,9%. Quanto ao estado civil, 62,7% eram casados, 13,7% divorciados, 5,9% solteiro, 2% unidos consensual e outros 15,7%. O maior número de sujeitos possui uma renda de 1 a 3 salários mínimos (76,5%), com menos de 1 salário mínimo e de 3 a 6 salários possuem a mesma percentagem 11,6%.

De acordo com as doenças associadas, na maioria dos indivíduos investigados havia associação de várias patologias, todos os sujeitos entrevistados tinham DM, com hipertensão arterial (66,7%), com insuficiência cardíaca congestiva (21,6%) e outras (11,8%). Muitos deles relataram que o estado emocional era aliviado (51%) triste e apático (23%), e com (2%) revolta. E o tempo de permanência no hospital foi na maioria de 7 dias a 1 mês (49%). As etiologias das amputações foram de causa traumática (7,8%), vasculopatia periférica (33,4%). E outras (62,8%). Já com relação ao tempo de amputação a maioria foi mais de 6 dias (92,2%). A distribuição quanto à região amputada, houve com maior frequência foi o membro inferior esquerdo com 51%. Ainda, de acordo com a amputação, o nível mais frequente foi a desarticulação dos dedos dos pés (46%), seguindo de amputação transtibial (30%), amputação transfemoral (10,0%), desarticulação de tornozelo (SYME) (8,0%), desarticulação do joelho e desarticulação mesotársica (CHOPART) (4,0%), desarticulação tarso metatársica (LISFRANIC) (2,0%).

As limitações cinético-funcionais dos amputados com maior percentagem foi de indivíduos que conseguiam sozinho, levantar da cadeira (70,6%); pegar um objeto do chão estando de pé (64,7%); levantar do chão (45,1%); andar pela casa (68,6); andar fora de casa em piso irregular ou acidentado (52,9%); andar menos de 10 passos sem parar (82,4%); deixar de fazer a maioria das atividades após a amputação da perna (33,4%). Os dados obtidos, nesse estudo destacou que o sexo masculino sofreu mais amputações e com idade superior aos 41 a 60 anos, coincidindo com estudos realizados, como afirma o estudo de Pedrosa, Riesgo e Martins (2011), o que pode estar relacionado ao fato da mulher cuidar mais da saúde e ao auto cuidado, possibilitando assim uma menor ocorrência de amputação por causa da DM ou pelo fato do sexo masculino ser mais exposto a traumas físicos e amputações causadas por complicações vasculares. Em outro estudo realizado em uma rede hospitalar pública de Porto Alegre no ano de 2009 prevaleceu a etnia branca com 86,1%, contrastando com esse estudo em que prevaleceu a parda (MONTIEL; VARGAS; LEAL, 2012). Neste houve o predomínio dos indivíduos de baixo nível de escolaridade 1º grau incompleto, concordando com outro estudo.

Oliveira e Moreira (2009), demonstram em seu estudo que a maioria dos pacientes amputados, quanto a sua situação civil, eram casados o mesmo resultado do presente estudo. Uma grande parcela dos diabéticos amputados possuía renda familiar entre 1 a 3 salários mínimos, o que contrasta com outro estudo que prevaleceu os pacientes com menos de um salário mínimo (TAVARES, 2009). Em outra literatura mostra que a renda familiar está entre 2 a 4 salários mínimos revelando que a maioria dos pacientes amputados não têm dinheiro para o controle glicêmico, e, muitas vezes, necessitam de uma dieta rígida com alimentos especiais, para tentar diminuir uma futura complicação (MORAIS; ALENCAR, 2009).

De acordo com esse estudo todos os pacientes tinham DM, em segundo lugar a hipertensão arterial. No qual contrasta com outro estudo em que a maioria tem as duas doenças. Com relação as doenças associadas a amputação, vale salientar que existe duas principais: a DM e a hipertensão arterial. No qual podemos verificar que existem estudos que comprovam estes dados, indicando o principal motivo de amputação de extremidades (TEIXEIRA; NOVAK, 2009).

O membro amputado com maior frequência foi o inferior esquerdo que discorda de outro estudo, no qual expõe que a lateralidade mais acometida é o membro direito. Neste mesmo estudo fica claro que não existe muitas pesquisas sobre os níveis mais acometidos e a lateralidade da amputação (TEIXEIRA; NOVAK, 2009). Com relação ao nível de amputação neste estudo, prevaleceu a desarticulação dos dedos dos pés que discorda com outro estudo, no qual diz que a amputação transtibial teve uma maior prevalência. Segundo Pedrosa, Riesgo e Martins (2011), a amputação de membros inferiores no nível transtibial é o mais indicado por causa da articulação do joelho que é mantida; o gasto de energia que é diminuído, a facilidade de colocar e remover a prótese e a questão fisiológica da marcha que fica mais próxima do natural.

Machado et. al (2012), mostra no seu estudo que apáticos torna-se prevalência, seguido de tristes e revoltados, onde o presente estudo prevaleceu aliviados, seguindo de triste, apático e revoltado, sendo esses últimos concordando com o estudo.

Conclusão

De acordo com os resultados deste estudo, podemos concluir que os pacientes atendidos no CIDH eram em sua maioria do sexo masculino, na faixa etária de 40 a 61 anos, com estudo até 1º grau completo, com renda de 1 a 3 salários mínimos, tiveram em maior incidência amputações de membros inferiores esquerdo á nível da desarticulação dos dedos dos pés, considerando que essas pessoas conseguiam realizar sozinhas as atividades de vida diária. Portanto, esperamos que esses resultados possam auxiliar no desenvolvimento de campanhas educativas e ações preventivas, permitindo não só o controle do agravo já instalado, mas na prevenção de novas complicações.

Referências

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

- LUCAS, L.P.P. et al. A percepção dos portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 em relação à amputação. **Revista Eletronica de Enfermagem**, v.12, n.3, p.535-8, 2010.
- Revista da Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009.
- Sociedade Brasileira de Diabetes**. São Paulo: SBD Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/sala-de-noticias/2364-sao-134-milhoes-de-pessoas-portadoras-de-diabetes-no-brasil>, 2011
- Revista da Sociedade Brasileira de Diabetes**. Álbum de família: o tempo não para, mas a SBD encontrou uma forma de resgatar histórias de seus associados, v.19, n.3, Jul. 2012.
- SILVA, A. F. M; NUCCI, L. B. Estimativa da prevalência de diabetes mellitus no Brasil associada e fatores de risco presentes nas unidades da federação. Anais do XVII Encontro de Iniciação Científica, **Anais** do II Encontro de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação; PUC Campinas: PUC; 2012.
- LOPES F.M, BRITO L.L. Fatores associados ao estado funcional de idosos com amputação por diabetes. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.33, n.3, p.402 – 451, jul.set, 2009.
- SANTOS L.F et. al. Perfil das amputações de membros inferiores de pacientes cadastrados na Associação de Deficientes Físicos de Apucarana. **Revista Saúde e Pesquisa**, v.3, n.1, p. 59 – 64, 2010
- ASSUMPÇÃO E.C et. al. Fatores de risco em amputação em diabéticos de um programa de saúde da família. **Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular**, v.8, n.2, p.133-138, 2009.
- LIANZA, S. **Medicina de reabilitação**. 4 ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara koogan LTDA; p.474, 2011.
- ARAÚJO R.A, ANDRADE P.K.F.L, TÔRRES B.R. Principais recursos fisioterapêuticos utilizados em amputados transfemorais durante a fase de pré protetização. XI Encontro de Iniciação à Docência; João Pessoa, PB: UFPB-PRG, 2008.
- MINOSSI C.E.S. Blog da fisio [Internet]. Porto Alegre RS: Carlos Minossi. 2010 - [citado em 2010 Jan 16]. Disponível em: <http://blogdafisio.wordpress.com/2010/01/16/diagnostico-cinetico-funcional/>.
- MONTIEL A, VARGAS M.A.O, LEAL S.M.C. Caracterização de pessoas submetidas à amputação. **Enfermagem em Foco**, v.4, n.3, p.169 – 173, 2012.
- TAVARES D.M.S et. al. Perfil de clientes submetidos a amputações relacionadas ao diabetes mellitus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.62, n.6, p.825 – 830, 2009.
- PEDROSA T.S, RIESGO M.T.B, MARTINS M.L. Perfil epidemiológico dos pacientes amputados de membros inferiores atendidos em um centro de reabilitação de trindade. In: Medeiros RI. II Seminário de Pesquisas e TCC da FUG; 2011; Trindade GO. Trindade; Faculdade União de Goyazes; p.1-12, 2011.
- OLIVEIRA V.M, MOREIRA D. Prevalência de amputados de membros inferiores atendidos no Hospital da Vila São José Bento Cottolengo, em Trindade–GO. *Vita et Sanitas*, 2009; v.3, p.20 – 37, 2009.
- MORAIS W.L, ALENCAR A.M.P.G. Diabetes mellitus: a vivência do cliente frente à amputação. **Cadernos de Cultura e Ciência**, v.1, n.1, p.70 – 82, 2009.
- MACHADO I.V et al. Caracterização Psicossocial de uma População Portuguesa de Amputados do Membro Inferior. **Acta Médica Portuguesa**, v.25, n.2, p.77 – 82, 2012
- TEIXEIRA G, NOVAK V.C. Nível de independência física dos amputados de membros inferiores do município de Guarapuava – PR. In: XII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica. IX Encontro Latino Americano de Pósgraduação; III Encontro Latino Americano de Iniciação Científica Júnior, p. 1- 4, 2009.

PERFIL NUTRICIONAL DE PORTADORES DE HIPERTENSÃO E DIABETES ACOMPANHADOS EM UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

Gabriella de Araújo Maia – 1.Universidade de Fortaleza - Curso de Enfermagem- PET.– gabriellamaia@oi.com.br

Suzanne Priscila Lopes Balbino Santiago – 1.Universidade de Fortaleza - Curso de Enfermagem- PET.

Ludmila Rios Osterno Gomes Maia Mendes – 1. Universidade de Fortaleza - Curso de Medicina- PET.

Francisca Cláudia Monteiro Almeida – Universidade de Fortaleza – Preceptora do PET Vigilância – Enfermeira da Estratégia da Saúde da Família – Mestre em Saúde Coletiva.

Priscila França de Araújo – Universidade de Fortaleza- Mestranda em Saúde Coletiva.

Armênia Uchôa de Mesquita (Orientador) – 2. Universidade de Fortaleza- Mestre em Políticas Públicas de Saúde.

Palavras-chave: Hipertensão. diabetes. alimentação. Enfermagem

Resumo

Este trabalho tem por objetivo avaliar o perfil nutricional de portadores de DM e HAS em uma unidade de atenção primária à saúde de Fortaleza. Esses agravos não transmissíveis e multifatoriais contribuem substancialmente para o aumento nos riscos de morbimortalidade em razão de apresentar complicações em nível sistêmico. Estudos relatam a importância do consumo de frutas e verduras destacando o fato das mesmas possuírem fatores protetores contra o envelhecimento, aterosclerose, alguns tipos de câncer e diminuírem as complicações das doenças cardiovasculares, por serem fontes de minerais, vitaminas e fibras, além de antioxidantes.

A pesquisa, de caráter descritivo transversal, com abordagem quantitativa, foi realizada com 38 hipertensos e diabéticos cadastrados no sistema HIPERDIA de uma unidade de atenção básica da cidade de Fortaleza, CE. Nos resultados vimos que mais de 50% dos participantes nunca ingerem embutidos que é um resultado satisfatório, devido esse tipo de alimento possuir um alto teor de sódio, outro resultado que merece atenção é o fato da grande maioria ingerir leguminosos e frutas quase que diariamente, mostrando que a população estudada tem boas chances de adotar hábitos saudáveis para controle de suas doenças.

Introdução

A diabetes melitus e a hipertensão são agravos não transmissíveis multifatoriais que constituem um aumento nos riscos de morbimortalidade em razão de apresentar complicações em nível sistêmico. São considerados problema de saúde pública que resultam em aumento no número de pessoas com essas morbidades, e o custeio desses pacientes em decorrência das complicações que apresentam por não controle dos níveis pressóricos quanto glicêmicos (PIATTI, 2009).

Segundo Duncan et al, 2012 os quatro principais fatores de risco modificáveis indicados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) são: fumo, sedentarismo, obesidade e o uso prejudicial de álcool. Favorecendo o acometimento das doenças, pois estudos comprovam a associação desses fatores com a probabilidade da doença se manifestar, e que medidas podem ser adotadas para minimizar esses riscos de morbimortalidade (GAMA, MUSSIII, GUIMARÃES, 2010).

Um dos problemas que vem acometendo a sociedade moderna é a obesidade, que atinge cada vez mais um número maior de pessoas, tanto pelo mal hábito alimentar quanto pela falta de exercício.

Podemos destacar uma das medidas preventivas, que tem uma importante relevância na vida das pessoas é a adoção de hábitos saudáveis de alimentação, uma vez que houve uma grande alteração nos padrões alimentares da população. Podemos destacar a diminuição da ingestão de fibras e o aumento da ingestão de gorduras e açúcares. Por isso a avaliação nutricional é de grande importância para portadores de DM e HAS, pois é possível obter um parâmetro da quantidade ideal de nutrientes que devem ser alcançados para os que estão sendo obtidos na dieta realizada pelos mesmos. E assim, quando houver diferença nesses parâmetros, o profissional poderá orientá-lo quanto a alimentação adequada e ajudar no controle dos níveis pressóricos e glicêmicos, e realizar a prevenção de possíveis complicações crônicas.(PIATTI, 2009; MARTINS, et. al., ACUNA; CRUZ, 2004).

Estudos relatam a importância do consumo de frutas e verduras destacando o fato que as mesmas possuem fatores protetores contra o envelhecimento, aterosclerose, alguns tipos de câncer e diminui as complicações das doenças cardiovasculares, devido as frutas e verduras serem fontes de minerais, vitaminas, fibras, antioxidantes (Martins, et.al, 2010).

Em relação a alimentação, o Ministério da Saúde (2013) adotou medidas como acordo com a indústria alimentícia para redução de sal, medidas de restrição à comercialização de alimentos com alto teor de sal, pois a meta global é que se reduza em 30% o consumo de sal ficando em 06 gramas diárias para hipertensos, o que pode levar a uma redução significativa nos níveis da Pressão Arterial (PA), bem como nas complicações decorrentes dessas doenças. O indicado seria adotar hábitos saudáveis de consumo de frutas e verduras que trazem benefícios e reduzem o risco de doenças cardiovasculares e DM2 (SCHERER, 2010).

Alguns instrumentos foram criados no intuito de ajudar pacientes tanto na educação em saúde quanto na orientação do consumo adequado de nutrientes, que são eles, as diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), juntamente com a OMS, no qual trazem o guia de bolso alimentar para a população brasileira e os dez passos para uma alimentação saudável que estão incluso no Caderno de Atenção Básica, nº 35- Estratégias para o cuidado da pessoa com Doença Crônica.(BRASIL, 2013).

Por isso se faz necessário a qualificação dos profissionais de saúde, para que os mesmos estejam capacitados para identificar riscos a saúde ou o aparecimento de complicações provenientes da alimentação, e orienta- los da forma mais completa e individualizada para um adequado controle glicêmico e pressórico prevenindo complicações.

Assim o objetivo deste estudo foi avaliar e conhecer os hábitos alimentares de pacientes com hipertensão e diabetes cadastrados no programa Hiperdia de uma unidade básica de saúde de Fortaleza- CE.

Metodologia

A pesquisa, de caráter descritivo transversal, com abordagem quantitativa, realizada com 38 hipertensos e diabéticos cadastrados no sistema HIPERDIA de uma unidade de atenção primária à saúde de Fortaleza, CE.

A coleta de dados foi realizada nos dias das consultas de acompanhamento nas quintas feiras, nos meses de junho e julho de 2014. Participaram todos os indivíduos adultos e idosos com diagnóstico de hipertensão e diabetes associados, cadastrados no programa, que compareceram as consultas.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Os dados foram coletados pelos monitores do Pet Vigilância mediante entrevista individual no final das consultas. Os dados foram preenchidos em um formulário criado pelo projeto de pesquisa Pet Vigilância em Saúde da UNIFOR associado com o Ministério da Saúde. Os participantes foram questionados sobre: dados demográficos, antecedentes familiares, consumo de medicamentos para HAS e DM, prática de atividade física, tabagismo, consumo de álcool, hábitos alimentares (consumo de leite e derivados, carnes e ovos, leguminosas, massas e cereais, hortaliças e frutas, gorduras, bebidas e açúcares embutidos). A análise dos dados foi através da frequência do consumo de alimentos por grupo alimentar: leite e derivados, carnes e ovos, leguminosos, massas e cereais, hortaliças e frutas, gorduras, bebidas e açucares, e embutidos; e categorizados em: 1 vez por semana, 2- 3 vezes por semana, todos os dias, raramente e nunca. A pesquisa observou as diretrizes da Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, levando em consideração os princípios bioéticos de autonomia, beneficência e justiça.

Resultados e Discussão

Após o preenchimento do formulário observamos que entre os 38 participantes 55% eram mulheres (21) e que 44% eram homens (17); entre a faixa etária a maioria das mulheres tinham mais de 60 anos 76%; e nos homens também os maiores de 60 anos eram predominante ficando em 64% dos estudados. Mostrando a prevalência de idosos acometidos por hipertensão e diabetes.

GRUPO ALIMENTAR	TIPOS ALIMENTO	DE	QUANTIDADE MÁXIMA DE PESSOAS Nº/%	DE	FREQUÊNCIA
LEITE DERIVADOS	Leite		21/≅55%		diariamente
	Queijo		14/≅37%		raramente
	logurte		23/≅60%		nunca
	Coalhada		28/≅74%		nunca
CARNES E OVOS	Carne bovina		16/≅42%	2-3 vezes por	
	Carne de frango		28/≅74%	semana	
	Carne de peixe		14/≅37%	2-3 vezes por	
	Ovo		14/≅37%	semana	
				2-3 vezes por	
LEGUMINOSOS	Feijão		28/≅74%		Todos os dias
	Soja		33/≅87%		Nunca
	Ervilha		27/≅71%		Nunca
	Lentilha		33/≅87%		Nunca
MASSA CEREAIS	Macarrão		12/≅31%		Raramente
	Pão		22/≅58%		Todos os dias
	Arroz		34/≅89%		Todos os dias
	Farinha de mandioca		12/≅31%		Raramente
HORTALIÇAS FRUTAS	Frutas		23/≅60%		Todos os dias
	Folhosos		13/≅34%		Raramente
	Legumes		12/≅31%		Todos os dias
GORDURAS	Óleo de soja		25/≅66%		Todos os dias
	Margarina/manteiga		22/≅58%		Todos os dias
	Gordura de porco		31/≅81%		Nunca
	Gordura de coco		38/100%		Nunca
	Toicinho		28/≅74%		Nunca
BEBIDAS AÇUCARES	Açúcar		24/≅63%		Nunca
	Doces		21/≅55%		Nunca
	Refrigerantes		24/≅63%		Raramente
	Cerveja		34/≅89%		Nunca
	Suco industrializado		19/50%		Raramente
EMBUTIDOS	Mortadela		22/≅58%		Nunca
	Presunto		22/≅58%		Nunca
	Bacon		27/≅71%		Nunca
	Lanche		31/≅81%		Nunca
	Linguiça		16/≅42%		Nunca
	Salsicha		22/≅58%		Nunca

De acordo com tabela pode-se ver que no grupo alimentar de leite e derivados, o tipo de alimento mais usado é o leite (≅55%) e o menos utilizado é a coalhada (≅74%); no de carnes e ovos, o mais consumido é a carne de frango (74%) e o menos consumido é ovo (37%); no grupo leguminosos, o mais usado é o feijão (74%) e menos usado são a soja e a lentilha (≅87%); nas massas e cereais, o arroz (≅89%) é o mais consumido, já o macarrão (≅31%) e a farinha de mandioca (31%) são os menos consumidos; no grupo hortaliças e frutas, as

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

frutas ($\cong 60\%$) são o mais ingeridos e o menos é os folhoso ($\cong 34\%$); nas gorduras o mais o utilizado é o óleo de soja ($\cong 66\%$) e o menos utilizado é a gordura de coco (100%); nas bebidas e açúcares, o mais usado é o refrigerante (63%) e o menos usado é a cerveja (89%); e nos embutidos, a maioria dos participantes nunca comiam os produtos apresentado, e o alimento com maior porcentagem de nunca ter sido ingerido foi o lanche (81%). A tabela mostra que em sua maioria os participantes nunca ingerem embutidos, resultado positivo, pois esse tipo de alimento possui um alto teor de sal e gorduras prejudiciais para portadores de hipertensão e diabetes, outro ponto positivo é o uso do leite diariamente, pois a população estudada em sua maioria são idosos que necessitam de doses diárias de cálcio. Dentre os pontos negativos estão a ingestão de refrigerantes quase que diariamente, pois contem alto teor de açúcares e sódio que comprometem a saúde desses pacientes.

Conclusão

Conforme visto ao longo desse trabalho, estende-se que um dos principais fatores de risco vem contribuindo para o aparecimentos dessas doenças não transmissíveis (DM e HAS) é a obesidade, e que um dos tipos de tratamento que ajuda a reduzir o níveis pressóricos e glicêmicos, e os possíveis danos que essas doenças podem acometer, é a mudança na alimentação. Então conclui-se que através de uma alimentação saudável pode-se evitar ou prolongar o aparecimento da doença e de suas complicações.

De acordo com a tabela pode-se identificar que as pessoas diabéticas e hipertensas começaram mudar sua alimentação, por mais que ainda não sejam os valores adequadas, e que ainda é bastante usado o óleo de soja e refrigerantes, já se pode identificar uma mudança nos s valores de consumo bebida alcoólica (cerveja) que está decaindo e o consumo de frutas que está aumentando.

Afim de gerar mais mudanças alimentares, faz-se necessário um acompanhamento mais frequente, com informações dos benefícios à saúde, com adequação ao orçamento de cada paciente e paciência para que esse diabético e hipertenso possa se adaptar a nova rotina alimentar. Mas é relevante lembrar que a alimentação apesar de ser muito importante no tratamento, quando associada a tomada correta da medicação e a realização de atividade física, pode-se gerar resultados bem mais benéficos.

Referências

ACUNA, K.; CRUZ, T. Avaliação de estado nutricional de adultos e idosos e situação nutricional da população brasileira. **Arq Bras Endocr e Metabol.** São Paulo, v. 48, n.3, p. 345- 361, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Caderno de Atenção Básica. nº 35).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doenças crônicas: Diabetes Mellitus.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Caderno de Atenção Básica, nº 36).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doenças crônicas: Hipertensão Arterial Sistêmica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Caderno de Atenção Básica, nº 37).

COTTA, R. M. et. al.; Perfil sociosanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do programa de Saúde da família no município de teixeiras, MG. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(4):1251- 1260, 2009.

DUNCAN, B.B; CHOR D.; AQUINO E. M. L. **Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação.**Rev Saúde Pública 2012;46(Supl):126-34.

FRANCELI, A. B.; FIGUEIREDO, A. S.; FAVA, S. M. C. L.; Hipertensão arterial: Desafio e possibilidades na adesão do tratamento. **remE-Rev. Min. Enferm**; 12(3):303-308, jul/set, 2008.

GAMA G. G. G.; MUSSI F. C.; GUIMARÃES A. C. **Revisando os fatores de risco cardiovascular.**Rev. Enfermagem. UERJ, Rio de Janeiro, 2010 out/dez; 18(4):650-5.

MARTINS, M. do P. S.C. et. al. Consumo Alimentar, Pressão Arterial e Controle Metabólico em Idosos Diabéticos Hipertensos. **Rev Bras Cardiol.** vol. 23, n. 3, p.162-170, 2010.

PIATI J.; FELICETTI C.R.; LOPES A.C. Perfil nutricional de hipertensos acompanhados pelo Hiperdia em Unidade Básica de Saúde de cidade paranaense. **Rev Bras Hipertens.** vol.16, n. 2, p. 123-129, 2009.

SCHERER F.; VIEIRA J. L. C. **Estado nutricional e sua associação com risco cardiovascular e síndrome metabólica em idosos.** Rev. Nutr., Campinas, 23(3):347-355, maio/jun., 2010.

VIEIRA, C. M. et.al. ; Significado da dieta e mudanças de hábitos para portadores de doenças metabólicas crônicas: uma revisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16(7):3161- 3168, 2001.

Agradecimentos

Agradeço a tutora e a nossa preceptora do PET Vigilância por sempre está nos dando oportunidades de crescimento.

PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO E FUNCIONAL DAS MÃES INSERIDAS NO MÉTODO CANGURU.

Rita de Cássia Martins da Silva (apresentador) – Unichristus - rita_martins@outlook.com

Patrícia Cavalcante Catunda. Unichristus

Christiane Luck Maceira. Unichristus

Márcia Cardinalle Correia Viana. Unichristus

Mara Marúsia Martins Sampaio. Unichristus

Maria Valdeleida Uchoa Moraes Araújo (Orientador) – Unichristus

Palavras-chave: Gravidez. Prematuridade. Postura. Musculoesqueléticas

Resumo

Introdução: uma das assistências ao recém-nascido prematuro é o Método Canguru (MC), que consiste em manter o bebê em contato pele a pele com a mãe. Devido ao tempo prolongado que as mães permanecem com o bebê nessa posição, tornam-se propensas a adquirir dores e a agravar as alterações musculoesqueléticas apresentadas durante o período da gestação. **Objetivo:** descrever o perfil sócio demográfico e funcional das mães inseridas no MC. **Métodos:** pesquisa de campo, longitudinal, abordagem quantitativa, realizada no período de abril a outubro 2012, no Hospital Geral César Cals, Fortaleza-CE. A amostra do estudo compreendeu 20 mães participantes do MC, para as quais foram aplicadas duas avaliações, uma na chegada da mãe ao método e outra após 20 dias de permanência no mesmo. Os dados foram coletados através de uma ficha de coleta de dados elaborada pelas pesquisadoras. **Resultados:** das 20 mães avaliadas, 10 tinham entre 23-30 anos, 8 eram casadas e 12 possuíam renda de até 1 salário mínimo. Referente às alterações posturais, 16 apresentaram hiperlordose lombar e 17 distensão abdominal. Em relação ao movimento de flexão do pescoço, 10 mães passaram a sentir dor após o internamento. A média do valor de debilidade para as atividades de vida diária variou de 0,05 para 0,3 na segunda avaliação. **Conclusão:** Houve diferenças significantes no que dizem respeito à aquisição de dores e de debilidade pelas mães, valores esses que poderão interferir em sua permanência no MC, o que mostra a necessidade de um acompanhamento às mães participantes do método.

Introdução

A gravidez é relatada como um acontecimento fisiológico na vida da mulher, no qual seu organismo se prepara, lentamente, para o nascimento do bebê. Este período se caracteriza pela ocorrência de diversas transformações biológicas, psicológicas e sociais, que afetam tanto a gestante no aspecto físico e mental, como também exerce influência sobre a saúde do bebê (ARAÚJO *et. al.*, 2010).

Diversos fatores relacionados ao estilo de vida da gestante, como o tabagismo, a desnutrição, o ganho de peso inadequado na gestação e o estresse psicológico materno são causas de parto prematuro. Além disso, também estão associados: baixo nível socioeconômico, idade, escolaridade materna, e fatores médicos, como nascimentos múltiplos, a paridade, prematuridade anterior, os cuidados pré-natais e a morbidade materna durante a gravidez (BEZERRA *et. al.*, 2006; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2010).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é considerado parto prematuro o ocorrido antes de 37 semanas de gestação, onde aqueles com peso inferior a 2.500g são considerados recém-nascidos de baixo peso (RNBP) (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2010). Devido aos vários problemas que apresentam quando nascem os bebês pré-termos e de baixo peso ao nascer necessitam de cuidados intensificados para garantir a manutenção de sua saúde. Uma dessas assistências é o Método Canguru (MC) (NEVES *et. al.*, 2010).

O MC foi idealizado como uma estratégia de assistência neonatal aos RNBP, que implica no contato pele a pele precoce e crescente entre a mãe e o recém-nascido (RN). O método consiste em manter o bebê de baixo peso em contato com o peito da mãe, a exemplo dos marsupiais (ELEUTÉRIO *et. al.*, 2008).

Os estudos mostram que o MC traz benefícios à saúde dos RNBP, tais como redução dos custos e do tempo de internação hospitalar, humanização da assistência, melhora do vínculo mãe-filho, ao dar à mãe função essencial no cuidado do RN, e aumento da adesão ao aleitamento materno exclusivo (CARDOSO *et. al.*, 2006).

Além de todas as transformações corporais durante e após a gestação, algumas mães de RNBP são solicitadas a participar do MC para colaborar ativamente no tratamento de seus filhos. Assim, as mães permanecem internadas junto com seus filhos no hospital, onde passam o maior tempo possível com eles entre as mamas, retirando-os dessa posição somente para o banho e para o aleitamento (SEVERINO *et. al.*, 2007).

Dessa forma, devido ao elevado período de tempo que as mães permanecem com o bebê nessa posição, passam a ser fortes candidatas à aquisição de dores e ao agravamento das alterações musculoesqueléticas apresentadas durante a época da gestação, como fraqueza da musculatura pélvica e hipotonia da musculatura abdominal (SEVERINO *et. al.*, 2007).

Após a realização de busca por estudos na literatura, observou-se uma escassez de trabalhos científicos que abordem a mãe participante do MC, pois, geralmente, os trabalhos sobre este método enfocam o RN, relatando suas características e o seu desempenho durante a internação. Assim, é necessário que se faça um estudo para observar a influência do MC também nas mães, se traz alguma alteração musculoesquelética ou se prejudica sua funcionalidade, afim de que se possa elaborar um plano de prevenção para evitar tais mudanças. Com isso, as mães poderão permanecer mais tempo com seus filhos amenizando os comprometimentos musculoesqueléticos, favorecendo sua qualidade de vida.

Esta pesquisa teve como objetivo descrever o perfil sócio demográfico e funcional das mães inseridas no MC, identificando, assim, as principais alterações musculoesqueléticas dessas mães e o quanto interferem na sua funcionalidade.

Metodologia

O presente estudo caracteriza uma pesquisa de campo, longitudinal, com abordagem quantitativa. Foi desenvolvido no Hospital Geral Cesar Cals (HGCC), em Fortaleza, no período de abril a outubro de 2012.

A população do estudo compreendeu 32 mães que participaram do MC do HGCC durante o período citado. A amostra consistiu de 20 mães escolhidas de forma não probabilística por conveniência a partir da população já descrita.

O tamanho reduzido da amostra se deu devido à baixa rotatividade presente no setor do MC do HGCC, pois o hospital dispõe apenas de quatro leitos para o método, e cada bebê permanece em média 20 dias internado, conforme dados da equipe atuante no setor, havendo, assim, uma demora na disponibilidade do leito para que o mesmo seja ocupado por outro RN.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

A avaliação das mães foi realizada na chegada da mesma ao MC ou com um intervalo de até 48h após sua chegada e outra avaliação após 20 dias de internação conforme a disponibilidade da mãe no MC, sem prejuízos ao RN.

Foram excluídas as mães que já se encontravam inseridas no programa no início da pesquisa, pois já estavam a mais de 48h, e as que deixaram de participar do MC antes de completar 20 dias de internação, e, assim, não puderam participar da segunda avaliação.

Os dados foram coletados e transcritos em uma ficha de coleta de dados elaborada pelas autoras, em que foram observadas as seguintes variáveis: dados pessoais e da gestação das mães, e dados sobre alterações musculoesqueléticas e funcionais.

Os dados foram organizados no Excell 2007 e analisados no programa estatístico SPSS (statistical package for the social sciences) versão 18.0 onde os resultados foram dispostos de forma descritiva e colocados em forma de Figuras e tabelas.

A avaliação obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Unichristus, sob o nº de aprovação 055/2012, e do HGCC, sendo realizada após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Seguiu os preceitos éticos da Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece o princípio para as pesquisas com seres humanos (BRASIL, 1996), e do Código de Ética do Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional – Resolução COFFITO 10 (CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL – COFFITO, 1978).

Resultados e Discussão

Durante a pesquisa, realizada no HGCC, foram avaliadas 20 mães inseridas no MC, com o intuito de descrever o perfil sócio demográfico e funcional.

No presente estudo, a faixa etária mais predominante entre as mães foi entre 23-30 anos, com 10 participantes. A média da idade foi de 26,3 ($\pm$ 7,072) anos. Isto corrobora com os dados de Correia *et. al.* (2008), no qual a média de idade das mães de bebês prematuros foi de 26 anos.

Em relação à procedência, 10 mães eram procedentes de Fortaleza e 10 do interior do Estado. Referente ao estado civil, 8 das entrevistadas eram casadas, 6 solteiras e 6 declararam ser de união estável. Um estudo realizado por Martins e Santos (2008) mostrou que a maioria das mães (60%) entrevistadas por eles eram casadas, o que vai de acordo com a pesquisa atual.

Para a questão da renda familiar, a maioria (n=12) relatou possuir uma renda de 1 salário mínimo, dado esse também confirmado na pesquisa de Almeida *et. al.* (2012), onde 89% (n=47) das mães de prematuros possuíam renda familiar mensal de menos de 2 salários mínimos.

Em relação à escolaridade, a maior parte das entrevistadas possuíam o primeiro ou o segundo grau completo, com 8 e 9 participantes, respectivamente. De acordo com Arivabene e Tyrrell (2010), das 13 mães participantes do MC entrevistadas nos seus estudos, 92,3% apresentavam 1º ou 2º grau completo. Segundo eles, o processo educacional ainda apresenta níveis insatisfatórios nessa população. Brasil (2011) considera a baixa escolaridade como um dos fatores de risco para a gestação, contribuindo até mesmo para a mortalidade materno-infantil.

De acordo com a história pregressa da mãe, todas relataram não utilizar álcool, cigarro e drogas ilícitas. Esse resultado é similar ao de Almeida *et. al.* (2012), no qual mais de 90% das entrevistadas negaram tais hábitos durante a gestação e assim não foi possível relacioná-los com a prematuridade.

Entre elas, 12 afirmaram não utilizarem remédios e 8 disseram que tomavam algum tipo de medicação, na qual os mais descritos foram o ácido fólico e o sulfato ferroso. A maioria (n=11) afirmou não ter nenhuma doença associada, e entre as que relataram ter a mais prevalente foi a hipertensão, presente em 5 mães. Dado este semelhante ao estudo de Salge *et. al.* (2009), no qual a hipertensão materna representou quase metade (51 casos) das doenças de base, demonstrando ser um fator importante relacionado à prematuridade.

Quando questionadas sobre a prática de atividade física, somente 6 mães realizavam algum exercício físico. Para Takito *et. al.* (2009), a realização de atividade física adequada ao condicionamento físico da gestante traz benefícios ao crescimento fetal.

De acordo com os dados da gestação, observou-se que a grande maioria das mães realizou o pré-natal, sendo que a maior parte delas (n=11) se consultou entre 1 a 5 vezes. Em relação ao tipo de parto, 15 tiveram parto cesárea e 5 parto normal. A maioria das mães (n=14) tiveram apenas 1 parto, 17 delas tiveram gestação única e também 17 relataram não terem tido aborto. Muitas mães (n=13) relataram que tiveram alguma intercorrência durante a gravidez ou durante o parto, sendo que as intercorrências mais comuns foram a Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) leve, moderada ou grave. Grande parte das mães (n=14) referiu ter tido ruptura prematura da bolsa.

De acordo com Almeida *et. al.* (2012), a primiparidade, a rotura prematura da membrana e a presença de intercorrências, principalmente a DHEG, nas formas clínicas de pré-eclâmpsia e eclâmpsia, são fatores que aumentam a chance de prematuridade. Já em relação aos abortos anteriores não foi achado nenhum dado significativo que possa relacioná-lo ao parto prematuro.

O parto cesariano, a gravidez única e o número de consultas pré-natais exercem forte influência na ocorrência de nascimentos prematuros (Nascimento *et. al.*, 2008). De acordo com Cascaes *et. al.* (2008), a realização de 3 a 7 consultas pré-natais reduz em até 10% a prevalência de baixo peso e/ou pré-termo.

Ao estudar as alterações posturais presentes nas mães durante a primeira avaliação, foram encontrados os seguintes resultados: para o item cervical, a maioria (n=14) das mães apresentou normalidade; em relação aos ombros, a maior parte delas possuía alterações, sendo que 6 tinham ombros

curvados e 6 elevados; em relação à dorsal, 18 das mães não apresentaram nenhuma alteração; 17 das mães tinham abdômen distendido; 16 hiperlordose na lombar; 15 não apresentavam nenhuma alteração nos quadris ou na pelve; 13 também não tinham nenhuma alteração nos joelhos e nenhuma delas possuía alterações nos tornozelos. Durante a segunda avaliação após 20 dias, as mães apresentaram as mesmas alterações.

De acordo com Oliveira *et. al.* (2010), algumas mudanças físicas que a gestante sofre causam uma lordose exagerada, gerando uma sobrecarga nos músculos lombares e posteriores da coxa. Segundo Leite e Araújo (2012), essas alterações provocam uma mudança na inserção dos músculos abdominais e pélvicos, resultando numa distensão excessiva dos mesmos.

Em relação aos movimentos espinhais do pescoço realizados pelas mães, foi visto que houve uma diferença significativa para os movimentos de flexão e extensão, os quais, na 1ª avaliação, apresentavam-se normais para a maioria, na segunda avaliação já se encontravam alterados.

Já para os movimentos espinhais do tronco, a diferença significativa se deu para os movimentos de flexão e rotação, os quais apresentaram uma evolução, pois, para o primeiro, as mães que na primeira avaliação não conseguiam realizá-lo, durante a segunda avaliação já o faziam, porém com dor, e para o movimento de rotação, o que antes era realizado com dor pela maioria, durante a segunda avaliação já se encontrava normal na maior parte das mães.

Ao se avaliar a funcionalidade das mães, foi pesquisada a dor durante os movimentos de sentar, deitar, levantar, caminhar, alcançar objetos e nas Atividades de Vida Diária (AVD's), sendo essa dor classificada em ausente, leve, moderada e intensa.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Em relação à pesquisa da dor nas mães inseridas no MC, foi visto que elas apresentaram a aquisição de novas dores, sendo os resultados mais significantes para alguns movimentos da coluna vertebral e para algumas ações como sentar, levantar e realizar as AVD's. Segundo Severino *et. al.* (2007), a postura adotada pelas mães no MC exige muito da musculatura de tronco superior, região na qual o bebê é posicionado, e da musculatura que sustenta o peso das mamas, constituindo um fator desencadeante ou agravante de dor na coluna vertebral.

Ainda na avaliação da funcionalidade, pesquisou-se também a debilidade durante os movimentos realizados pelas mães de sentar, deitar, levantar, caminhar e nas AVD's, sendo classificada de acordo com uma escala de 0 a 5. Na tabela abaixo foi feito uma média das respostas das mães para cada movimento nas duas avaliações, depois subtraído a média das duas e por fim foi analisado o valor estatístico de significância (p) para saber se essa diferença foi significativa, onde de acordo com a estatística algo é significativo quando se tem o valor de $p < 0,05$.

Tabela 1- Média do valor da debilidade relatada pelas mães. **Fonte:** Autoras, 2012.

	1ª Avaliação	2ª Avaliação	Diferença	Valor de p
Ao sentar	0,15	0,5	0,35	0,031
Ao deitar	0,05	0,2	0,15	0,083
Ao levantar	0,1	0,5	0,4	0,017
Ao caminhar	0,05	0,25	0,2	0,042
AVD's	0,05	0,3	0,25	0,021

Observou-se a melhora, entre a primeira e a segunda avaliação, na realização de alguns movimentos do tronco, resultado este que pode estar associado ao fato de que para algumas mães

a primeira avaliação foi feita com poucos dias do parto e por isso, havia dor e restrição devido à cirurgia.

Não foi encontrada na literatura referência sobre a debilidade das mães durante o período de inserção no MC.

Conclusão

Observou-se nesse estudo que as mães inseridas no MC eram em sua maioria jovens, casadas, com uma baixa renda familiar e de pouca escolaridade.

Todas negaram o uso de álcool, cigarros e drogas. A hipertensão arterial foi a doença de maior prevalência tanto nas mães como em seus familiares, e a maioria delas não fazia atividade física.

Em relação à gestação, a maior parte das mães realizou o pré-natal, teve parto cesáreo e gestação única, eram primíparas, não sofreram aborto, apresentaram algum tipo de intercorrência durante a gestação ou no parto, e desenvolveram ruptura prematura da membrana.

Quanto às alterações posturais, houve predominância da hiperlordose lombar e da distensão abdominal, sendo que as alterações encontradas nas mães na primeira avaliação não sofreram modificação quando realizada a segunda avaliação.

Houve diferenças significantes no que dizem respeito à aquisição de dores e de debilidade pelas mães, valores esses que poderão interferir em sua permanência no MC, o que mostra a necessidade de um melhor acompanhamento às mães participantes do método.

Referências

ALMEIDA, A. C. *et. al.* Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz-Ma. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.33, n.2, p.86-94, 2012.

ARIVABENE, J. C. TYRRELL, M. A. R. Método mãe canguru: vivências maternas e contribuições para a enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n.2, 2010.

ARAÚJO, D.M.R. *et. al.* Depressão no período gestacional e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.2, p.219-227, fev, 2010.

BEZERRA, L.C. *et. al.* Prevalência e fatores associados à prematuridade entre gestantes submetidas à inibição de trabalho de parto prematuro. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.6, n.2, p, 223-229, abr. / jun., 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n.º 693, de 5 de julho de 2000. **Norma de atenção humanizada do recém-nascido de baixo peso**. Brasília; 2011.

BRASIL, Resolução CNS n° 96, de 10 de out 1996. Aprova diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**. Brasília, n° 201, p. 21.082, 16 de out de 1996.

CARDOSO, A.C.A. *et. al.* Método Mãe-Canguru: aspectos atuais. **Pediatria**, São Paulo, v.28, n.02, p.128-134, 2006.

CASCAES, A. M. *et. al.* Prematuridade e fatores associados no Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: análise dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.5, p.1024-1032, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL - Exame de Resolução COFFITO-10. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, p.5.265-8, 22 set. 1978, Seção 1, parte 2.

CORREIA, L. L. *et. al.* Conteúdos verbais expressos por mães de bebês prematuros com sintomas emocionais clínicos. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.16, n.1, 2008.

ELEUTÉRIO, F.R.R. *et. al.* O imaginário das mães sobre a vivência no método mãe-canguru. **Cienc Cuid Saude**, v. 7, n.4, p.439-446, out/dez,2008.

LEITE,A. C. N. M. T.; ARAÚJO, K. K. B. C. Diástase dos retos abdominais em puérperas e sua relação com variáveis obstétricas. **Fisioter Mov.**, v.25, n.2, p.389-97, 2012.

MARTINS, A. J. V. S.; SANTOS, I. M. M. Vivendo do outro lado do método canguru: a experiência materna. **Rev. Eletr. Enf.**, v.10, n.3, p.703-10, 2007.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Rezende:** obstetrícia. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. 1.159 p.

NASCIMENTO, E. M. R. *et. al.* Estudo de fatores de risco para óbitos de menores de um ano mediante compartilhamento de bancos de dados. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.11, p.2593-2602, 2008.

NEVES, P.N. *et. al.* Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso (método mãe canguru): percepções de puérperas. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.31, n.1, p.48-54, 2010.

OLIVEIRA, G. K. S. *et. al.* Intervenções de Enfermagem nas adaptações fisiológicas da gestação. **Revista Eletrônica de Ciências**, v. 3, n. 1, jan/jun, 2010.

SALGE, A.K.M. *et. al.* Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade. **Rev. Eletr. Enf.**, v.11, n.3, p.642-6, 2009.

SEVERINO, F.G. *et. al.* Processos dolorosos em puérperas participantes do Método Mãe-Canguru. **RBPS**, Fortaleza, v.20, n.1, p.28-32, 2007.

TAKITO, M. Y. *et. al.* Atividade física de gestantes e desfechos ao recém-nascido: revisão sistemática. **Rev Saúde Pública**, v.43, n.6, p.1059-69, 2009.

Agradecimentos

Agradecemos ao apoio do Centro Universitário Christus.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Paula Jordânia Paixão de Souza– Enfermeira residente da Escola de Saúde Pública do Ceará. paulinha_jordania@hotmail.com

Clarice da Paz Bezerra – Psicóloga residente da ESP\CE.

Claudenia Fernandes de Oliveira– Fisioterapeuta residente da ESP\CE.

Érika Socorro Brasil – Nutricionista residente da ESP\CE.

Francinete Pereira da Costa – Fisioterapeuta residente da ESP\CE.

Maria Gracineide Maia de Sousa - Assistente Social residente da ESP\CE.

Palavras-chave: Atenção à Saúde. Saúde da Família. Educação Permanente.

Resumo

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) Residente em Icapuí-CE foi estruturado por meio da Residência Integrada em Saúde (RIS), cuja instituição de ensino superior formadora é a Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará (ESP/CE) e a instituição executora é a Prefeitura Municipal de Icapuí, locus da atuação profissional, em especial, a Rede de Atenção Primária em Saúde (APS). No decorrer do trabalho apresentamos como está sendo essa primeira experiência de residência multiprofissional no município, em especial, a vivência da equipe NASF, destacando como esse trabalho multi e interprofissional pretende contribuir na atenção à saúde no município, com destaque para as áreas cobertas pelas UAPS Catarina Evangelista de Souza, Barreiras e Estrela do Mar. Para tanto, realizamos uma pesquisa qualitativa e participante por meio de pesquisa bibliográfica e documental, além de pesquisa de campo pela própria vivência e observação *in loco*. Partindo do processo de territorialização, imersão na cidade, em especial, nas áreas cobertas pelas UAPS citadas, e embasados também pelo projeto de implantação do NASF no município, e perpassando pelo processo de elaboração da agenda de trabalho, obtivemos como resultados a identificação de condicionantes do processo saúde doença, bem como uma breve apreensão do perfil epidemiológico em que a partir desses subsídios apresentamos nossa perspectiva de trabalho objetivando o atendimento das demandas e potencializando o controle social com vistas a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Introdução

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) Residente em Icapuí-CE foi estruturado a partir da equipe de profissionais aprovados por ocasião de um processo seletivo organizado pela Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará (ESP/CE) para a constituição da segunda turma de Residência Integrada em Saúde (RIS), esta iniciada em maio do ano em curso e com previsão para conclusão em maio de 2016. O presente trabalho consiste em apresentar como está sendo essa primeira experiência de residência multiprofissional no município citado, em especial, a vivência da equipe NASF, dentro do contexto desafiador da cidade não dispor de NASF e destacando como esse trabalho multi e interprofissional pretende contribuir na atenção à saúde.

Para tanto, nessa introdução contextualizamos a discussão, explicando o que a RIS, além de apresentarmos aspectos gerais sobre o município, além da conceituação do NASF. Em seguida, em outro tópico, explicamos a metodologia de pesquisa. Posteriormente, também em outro tópico, detalhamos a experiência de residência multiprofissional no município citado, em especial, a vivência da equipe NASF, em que cada categoria profissional relata suas apreensões do território e perspectiva de trabalho.

A RIS constitui modalidade de ensino de pós-graduação Lato Sensu, especialização em caráter de Residência Multiprofissional em Saúde, caracterizando-se como educação para o trabalho, através da aprendizagem em serviço. A instituição de ensino superior formadora é a ESP e, dentre as instituições executoras, está a Prefeitura Municipal de Icapuí, locus de nossa atuação profissional (CEARÁ, 2014).

O referido município foi contemplado com 9 profissionais residentes na Ênfase Saúde da Família e Comunidade, os quais, sob a supervisão de preceptores, trabalhadores das respectivas profissões no município, se somam a 3 Equipes de Saúde Família (EqSF), com o objetivo de contribuir para a consolidação da carreira na saúde pública e para o fortalecimento das Redes do Sistema Único de Saúde, orientada pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais.

Icapuí se situa no extremo leste do Estado pelo litoral na divisa com o Rio Grande do Norte, a 206 km de Fortaleza. A cidade é de pequeno porte, com uma população, segundo IBGE 2010, de 18.392 habitantes. No que concerne à economia, se destaca o setor primário, tendo a pesca da lagosta como a principal atividade econômica, atualmente em crise de sustentabilidade. Quanto a participação social e mobilização comunitária, todas as comunidades possuem associações e na cidade possuem alguns conselhos de direitos, no entanto, atualmente, o quadro geral é de enfraquecimento, extinção e apatia, dentre outros fatores pela acentuação das problemáticas socioeconômicas, entre outras coisas pela monopolização da renda e da participação política (SOUSA, 2011).

Quanto à saúde, Icapuí se insere na macrorregião de Saúde de Fortaleza, na 7ª microrregião, com sede em Aracati. Icapuí é um dos pioneiros na implantação do Programa Saúde da Família no Brasil e atualmente, apresenta cobertura de atenção Básica de 100%, contando com 08 Equipes de Saúde da Família e 04 (quatro) Equipes de Saúde Bucal. As equipes são compostas por médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares de consultório dentário, técnicos de enfermagem e 39 agentes comunitários de saúde (ACS), dos 40 necessários, que se distribuem ao longo das oito áreas (PMI, 2013).

A Atenção Primária à Saúde é o espaço privilegiado de nossa prática profissional, em especial, as Unidades de APS (UAPS) Catarina Evangelista de Souza, situada na comunidade de Mutamba, atendendo a 922 famílias e recebendo 2 enfermeiras residentes, a UAPS Barreiras, situada em Barreiras, atendendo a 487 famílias, recebendo 1 enfermeira residente e a UAPS Estrela do Mar, situada na Praia de Redonda e que atende a 970 famílias, recebendo 1 enfermeira residente. Nesse contexto, o NASF residente, composto por 2 fisioterapeutas, 1 psicóloga, 1 assistente social e 1 nutricionista, prestam assistência à saúde, abrangendo as 3 das 8 áreas, 18 das 40 microáreas, 3 das 8 EqSF e 2379 famílias adscritas, média de 9.516 munícipes, correspondendo a cerca de metade da população municipal.

O município dispõe de projeto para implantação do NASF, mas não implantou ainda. Em nível nacional, os NASF foram criados na perspectiva de ampliar a capacidade de resposta à maior parte dos problemas de saúde da população na APS, nesse sentido, são equipes multiprofissionais que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das EqSF, sendo o acesso ao NASF intermediado por essas equipes. As ações realizadas devem perseguir os seguintes princípios e diretrizes: integralidade, ênfase no território, educação popular em saúde, interdisciplinaridade, participação social, intersetorialidade, educação permanente em saúde, humanização e promoção da saúde (BRASIL, 2009).

No campo prático, o Apoio, imbricado à concepção de Cuidado, que se esperar do NASF residente, é de abarcar os eixos de ações (interdisciplinar, intersetorial, intrainstitucional, núcleo profissional) se entendemos esse Apoio em quatro grupos de Cuidado do cotidiano do trabalho: Apoio Matricial - ação interprofissional auxiliada ainda pela perspectiva intersetorial que amplia a rede sócio-assistencial, Apoio Institucional - gestão compartilhada nos serviços incluindo a participação da comunidade, Apoio Assistencial - atenção direta à saúde dos usuários, Apoio Comunitário - contribuições nos processos de educação em saúde e na articulação da rede de cuidados no território (CEARÁ. 2014).

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Metodologia

Para a elaboração desse trabalho, realizamos uma pesquisa qualitativa e participante por meio de pesquisa bibliográfica e documental, além de pesquisa de campo pela própria vivência e observação *in loco* no período de maio a agosto do ano em curso. A pesquisa qualitativa estuda o universo dos significados, das atitudes entre outros elementos constituintes das relações sociais e da realidade social, que precisa ser exposta e interpretada. A observação participante decorre de direta ou indiretamente fazermos parte do contexto em observação, modificando-o pois podemos interferir nele e também sendo modificados nessa relação (MYNAIO, 2007). Na pesquisa bibliográfica e documental utilizamos BRASIL (2009), CEARÁ (2014), PMI (2013) e SOUSA (2011). A pesquisa de campo decorre do processo de territorialização, imersão, no território, em que realizamos vistas a diversas instituições do município, além de visitas domiciliares e entrevistas semiestruturadas a diversas famílias, além do processo de planejamento participativo das ações a serem desenvolvidas.

Resultados e Discussão

Quando do início da nossa formação pela RIS e após as aulas teóricas em Fortaleza de imersão na residência, ingressamos no cenário de prática, o que nos exigiu compreender esse cenário, territorializando-o, sendo este processo possível a partir do estudo e vivência do módulo “Território e Saúde”. Na apropriação desse cenário realizamos visitas institucionais a rede de atenção à Saúde e a rede intersetorial de demais políticas de direitos, como a de Assistência Social e de Educação e realizamos também um percurso pelas comunidades cobertas pelas UAPS de nossa atuação com visitas domiciliares e entrevistas as famílias dos territórios, além de mobilizações e a realização de oficinas de territorialização e as de planejamento de forma conjunta das ações para o atendimento das demandas então identificadas.

A Partir das Oficinas de Territorialização e das Oficinas de Planejamento Participativas diversas problemáticas/demandas foram postas pelas comunidades, dentre as quais destacam-se as relacionadas a organização, oferta e acessibilidade aos serviços de saúde (infraestrutura insuficiente das UAPS, o não atendimento a toda a demanda médica e odontológica, fragilidade de comunicação entre as equipes e a comunidade e vice-versa, fragilidade da corresponsabilidade das comunidades no cuidado com sua saúde), os relacionados aos condicionantes que influenciam no processo saúde-doença (desemprego, drogadição, violência, acidentes de trânsito, moradias em áreas de risco, ausência de consciência ambiental por parte da população – queimadas, poluição, e saneamento básico insuficiente – sistema de esgotamento, abastecimento de água e coleta do lixo ainda fragilizados) e os relacionados a participação social/controle social (comunidades desmobilizadas, desunidas e sem capacitação).

Como Icapuí dispõe de projeto para implantação do NASF, mas não implantou ainda e a cidade só dispõe do NASF constituído por nós residentes, a previsão é de que o "NASF residente" atue também se utilizando do projeto de NASF elaborado pelo município, adaptando a residência.

O projeto apresenta a necessidade de implantação devido à, entre outros fatores, a mortalidade por doenças crônicas e causas externas (em especial, acidentes de trânsito e homicídios), bem como a complexificação do trabalho das EqSF frente aos determinantes de saúde e doença. Apresenta como objetivo geral para o NASF: Intensificar, ampliar e diversificar as ações orientadas para a prevenção de doenças e agravos e para a promoção da saúde, apoiando a Estratégia Saúde da Família e o Programa Academia da Saúde (ainda não implantado). Traz como objetivos específicos: 1 - Prestar apoio matricial junto às EqSF; 2 - Assistir a sujeitos individuais e coletivos a partir do cuidado compartilhado; 3 - Atuar sobre os fatores de risco para doenças crônicas; 4 - Orientar, incentivar e apoiar práticas saudáveis de vida; 5 - Contribuir para a transformação dos perfis epidemiológicos do município (PMI, 2013).

A partir do Processo de Territorialização, do Planejamento Participativo (Oficinas e reuniões planejamento com as comunidades e com as EqSF), da adaptação do projeto de NASF, bem como do processo de elaboração da agenda de trabalho (conjunta com as EqSF) é possível sinalizar a previsão do trabalho necessário e pretendido pela equipe do NASF residente ao longo dos 2 anos da RIS.

No que diz respeito as ações comuns a todos os profissionais e nos baseando em PMI (2013) estão as ações compartilhadas e específicas, ações intersetoriais e outras ações. As ações compartilhadas são: 1 - Discussão e estudo de casos; 2 - Atendimento compartilhado; 3 - Participação em reuniões das EqSF; 4 - atendimentos compartilhados em domicílio; 5 - Atividade educativa/ orientação compartilhada; 6 - Oficinas com diferentes linguagens compartilhadas; (e acrescentamos orientação aos cuidadores e a elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) ou projetos de atendimento integrado e continuado). As ações específicas são: atendimentos específicos a usuários e grupos seja na UAPS ou em domicílio. As ações intersetoriais são: 1 - Reuniões comunitárias; 2 - Reuniões com grupos gestores: escolas, secretarias municipais etc; 3 - Reuniões com conselhos existentes; 4 - Reuniões com movimentos sociais. Outras atividades comuns são: 1 - Reuniões da equipe NASF; 2 - Reuniões com a coordenação da Atenção Básica; 3 - Reuniões com gerentes de UAPS; 4 - Educação Permanente em Saúde; e acrescentamos participação em ações do Programa Saúde na Escola (PSE) da Política de Educação.

Sob a perspectiva do profissional de Serviço Social, assistente social, também foram identificadas situações de vulnerabilidade econômica, de fragilidade de vínculos familiares e comunitários, dificuldade de acesso a serviços-direitos. Também por ocasião das mobilizações para as oficinas e a realização destas, foi perceptível que nos munícipes há um reconhecimento da necessidade de retomar ou fortalecer a organização-articulação comunitária para o enfrentamento dos determinantes que fragilizam a saúde. Em resumo, a categoria profissional também pode prestar serviços de apoio as EqSF, no que tange atendimento a grupos sociais específicos; coordenar os trabalhos de caráter social; produzir conhecimento sobre a população atendida na área da saúde, processo de pesquisa e a especificidade do Serviço Social; desenvolver estratégias para identificar e abordar problemas vinculados à violência, ao abuso de álcool e a outras drogas; fortalecer os grupos das unidades, bem como auxiliar no acesso a toda a rede de atenção à saúde e a rede de serviços setoriais no município e também no controle social no setor Saúde.

No que tange ao profissional de psicologia, o percurso nos territórios possibilitou a oportunidade de ouvir, sentir, ver, perceber e decifrar a realidade, ficando clara uma alta demanda voltada, principalmente, para mulheres, idosos e pescadores. Muitas falas apontaram para o sofrimento psíquico causado pela crise da pesca às famílias, primeiramente, pela precariedade, desencadeando, preocupação e estresse, sobretudo pela sensação de impotência de mudar a realidade, podendo culminar em quadro depressivo. Na visita realizada no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) foi relatada a procura da população por receitas psiquiátricas e a alta demanda de medicamentos psicotrópicos, principalmente mulheres, que, sem ter o acompanhamento adequado, se automedicam, se tornando dependentes. O público de idosos chamou a atenção por ser crescente e, muitas vezes, passam por processos de perdas e solidão, desenvolvendo algum tipo de sofrimento psíquico. Nesse sentido, pode-se prestar: orientações em saúde mental e transtornos leves; atendimento para grupos específicos; apoio psicológico aos usuários de drogas.

Através do conhecimento das comunidades percebeu-se a necessidade e a importância da atuação do profissional de nutrição para diferentes demandas existentes, tais como: distúrbios e doenças associadas à alimentação e nutrição; grupos específicos: pessoas

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

acometidas de diabetes, de hipertensão arterial sistêmica (HAS), hipercolesterolemia, obesos, desnutridos, gestantes, crianças, cuidadores de pacientes carentes de informações, dentre outros. Nesse sentido, a previsão de ações a serem realizadas são: atuar sobre os fatores de risco das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT); orientações sobre hábitos alimentares e práticas saudáveis; acompanhamento nutricional de usuários com distúrbios alimentares; atendimento em Nutrição para os grupos específicos citados anteriormente; apoiar o monitoramento da situação alimentar e nutricional.

De acordo com a visão do profissional Fisioterapeuta, o serviço de fisioterapia oferecido no município resume-se ao Centro de Fisioterapia onde apenas um profissional atende toda a demanda, que é muito elevada. Outra dificuldade é o acesso dos usuários ao Centro de Fisioterapia, pois muitos moram distante do Centro e o município não disponibiliza transporte público para essas pessoas. Devido a própria cultura e costumes da população os agravos à saúde que mais prevalecem no território, são: Problemas respiratórios, tendo como fatores desencadeantes o fumo, o clima, a grande arborização, etc; Problemas osteomioarticulares advindos das más posturas e sobrecargas nas profissões que prevalecem como fontes de renda; Sequelas neurológicas, tanto por acidentes vascular encefálico, como por sequelas de poliomielite; Problemas circulatórios, como HAS; complicações metabólicas e DM. Nesse sentido o profissional pode prestar: acompanhamento e orientações a pessoas com deficiência e a sequelados por doenças crônicas; orientações aos cuidadores sobre manuseio, posicionamento e atividades de vida diária; Apoiar no acompanhamento de idosos e outras pessoas com problemas de locomoção ou acamadas.

Destacamos que não pretendemos substituir possíveis profissionais que precisam e devem ser contratados pelo município para comporem a equipe do NASF do município. Também destacamos que, assim como está previsto no projeto para a implantação do NASF, é necessário que o município também se responsabilize por apoiar financeiramente as atividades do NASF residente, cobrindo os custos com transporte, manutenção do espaço que sediará a equipe, prover as condições materiais para a realização do apoio as EqSF, já que assim como a equipe NASF do Município seria avaliada, está previsto a avaliação do trabalho dos residentes a partir da alimentação de sistemas de informações, avaliação da agenda e reuniões com as EqSF apoiadas, além da própria avaliação realizada pela ESP.

Conclusão

A partir do processo formativo vivenciado pela equipe de NASF constituído por profissionais residentes por ocasião da RIS, sendo este permeado pelo processo de territorialização com o conhecimento da realidade das comunidades cobertas pelas UAPS Catarina Evangelista de Souza, Barreiras e Estrela do Mar, pelo planejamento participativo e a elaboração da agenda de trabalho (ações a serem desenvolvidas) entre os residentes, as EqSF e as comunidades, destacando o contexto desafiador pela não existência de NASF no município, consideramos que muitos são as demandas a serem atendidas, estas relacionadas a árdua missão de prestar o apoio necessário as 3 EqSF, as 3 áreas, as 18 microáreas, com média de metade da população adscrita/referenciada, com agravos à saúde diversos, influenciados por fortes condicionantes e sem a garantia da viabilização das condições necessárias pela PMI para o desenvolvimento do trabalho que tanto a equipe de NASF residente, como as EqSF e as comunidades esperam.

Apesar desse contexto desafiador, a equipe multiprofissional do NASF residente se propõe a desenvolver os apoios Matricial, Institucional, Assistencial e o Comunitário, por intermédio de ações compartilhadas/conjuntas e específicas, além de ações intersetoriais e as demais ações necessárias e viáveis para a atenção à saúde nas comunidades previstas e com a corresponsabilidade delas. Para tanto, a interação entre o NASF residente e as EqSF está sendo satisfatória, em que boa parte das ações estão sendo planejadas e executadas em conjunto e com previsão que o apoio perdure por todo o processo formativo. A interação com toda a rede de saúde e com a rede intersetorial também se mostra promissora. Também visualizamos as instâncias de organização comunitária, de participação social e de controle social como importantes aliados na barganha junto ao poder público para o atendimento das demandas das comunidades e acreditamos que há interesse da gestão municipal em proporcionar serviços de saúde qualificados e que correspondam as necessidades de saúde da população, contemplando a intervenção nos condicionantes do processo saúde-doença.

Referências

CEARÁ. Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará. **EDITAL 01/2014**. Fortaleza: ESP, 2014.

_____. Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará. **TEXTO BASE**: Processo de Trabalho e Construção de Agenda na ESF – Modelo Pedagógico da RIS-ESP/CE. Fortaleza: ESP, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Dados do Censo 2010 publicados no Diário Oficial da União dia 04/11/2010 – Dados: Ceará.

Disponível em: http://www.ibge.gov.br/censo2010/dados_divulgados/index.php?uf=23

MINAYO, Maria (org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 26 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ICAPUÍ. Secretaria de Saúde. **Projeto de Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família Modalidade 1 – Icapuí – CE**. Icapuí: SMS, 2013.

SOUSA, Maria Gracineide M. de. **Guerra da lagosta na canoa veloz**: a participação dos pescadores de Icapuí-Ce. Mossoró- RN: UERN, 2011.

Agradecimentos

Agradecemos as pessoas e instituições que direta ou indiretamente tornaram possível a elaboração deste trabalho, com destaque para as comunidades, para a ESP e para a PMI pela experiência através da RIS, em especial, nossos preceptores e as EqSF.

PERSPECTIVA LÚDICA DA HIPERTENSÃO: MITOS E VERDADES

¹ Juliana Brito Cavalcante(IC)*; ²José Iran Oliveira das Chagas Júnior; ³ Rochelle da Costa Cavalcante; ⁴Suzane Vieira Saintrain; ⁵Ana Maria Martins Pereira; ⁶ Zélia Maria de Sousa Araújo Santos

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

2. Discente do Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE; Docente da Faculdade Terra Nordeste, Caucaia – CE

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

3. Discente do Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza.
 4. Discente do Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza.
 5. Discente do Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE; Docente da Faculdade Terra Nordeste, Caucaia – CE.
 6. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE.
- juliana_brito_psicologia@hotmail.com
Palavras-chave: Mitos. Verdade. Abordagem. Hipertensão. Lúdica.

Resumo

A Hipertensão tem sido abordada como um estado resultante de uso abusivo de sal, não levando-se em conta que existem outros condimentos e alimentos que influenciam ao desencadeamento da Hipertensão Arterial. Este estudo teve como objetivo abordar os mitos e verdades da Hipertensão através de uma oficina com idosos. Trata-se de um relato de experiência, realizado com usuários Hipertensos de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde da regional V, do município de Fortaleza - CE, entre maio e junho de 2013. Evidenciou-se que havia muitos idosos leigos acerca da temática, uma vez que ao afirmavam não colocar sal na comida, porém relatavam o uso de condimentos; ao ponto que iam escutando as explicações, iam tirando as dúvidas, principalmente acerca da quantidade recomendada de sal diária a ser utilizado. Assim, através de dinâmicas estes idosos foram se envolvendo, esclarecendo alguns mitos, como a questão de parar de tomar a medicação quanto a pressão arterial estivesse controlada e, ainda, sendo ressaltado a importância das atividades físicas para ajudar ao tratamento medicamentoso. Conclui-se que os idosos necessitam de oficinas interativas sobre Hipertensão, pois trata-se de um momento onde se tem a oportunidade de adquirir conhecimentos, esclarecer dúvidas, estabelecer um vínculo com a equipe multiprofissional; foi possível ainda observar que foi de suma importância desenvolver esse trabalho, pois por meio de simples explicação foi possível esclarecer muitos mitos por parte do usuário hipertenso.

Introdução

A hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) constitui um dos problemas de saúde de maior prevalência na atualidade, sendo uma das principais causas de mortalidade e de internação hospitalar de idosos. Sua evolução clínica é lenta, possui uma multiplicidade de fatores, quando não tratada adequadamente, traz graves complicações, temporárias ou permanentes, visto que há vários fatores de risco que colaboram para o surgimento da HAS, sendo eles (hereditariedade, consumo excessivo de sal, etilismo, tabagismo, obesidade, sedentarismo, entre outros), podendo assim ter um aumento da probabilidade de desencadear problemas cardiovasculares (GROSSEL, 2011).

O risco de doenças cardiovasculares até 80 anos, em pacientes portadores de hipertensão, é idêntico ao de pacientes mais jovens. De fato, o risco absoluto real de morte é mais elevado no idoso, em face da probabilidade de ocorrência de acidente vascular encefálico ou infarto agudo de miocárdio (IAM) que é mais elevado nesta faixa etária (DA SILVA, 2014).

Atualmente, tem sido um tema muito explorado como forma de esclarecimento para idosos, que por muitas vezes, são leigos no assunto, predomina a corrente de pensamento em que o indivíduo se torna hipertenso por usar muito sal, sem perceber que existem outros condimentos e alimentos que influenciam ao desencadeamento das HAS (DE FREITAS ALVES, 2012).

Além de apresentar risco para infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral, considera-se ainda um fator de risco para doenças decorrentes como aterosclerose e trombose e insuficiência renal crônica. Considerando que as doenças do aparelho circulatório são a segunda maior causa de internações hospitalares e a principal causa de óbito da população brasileira (MENEZES, 2010).

Nas últimas décadas houve um grande aumento na incidência de doenças crônicas não transmissíveis na população mundial, devido ao estilo de vida moderno, sobretudo aos hábitos alimentares inadequados e ao sedentarismo. Com isso, as doenças crônicas não transmissíveis, segundo a Organização Mundial da Saúde, são, atualmente, a principal causa de mortalidade no mundo, sendo que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) está entre os principais problemas de saúde pública (HOLANDA, 2012).

O controle da Hipertensão tem se constituído um desafio para os profissionais de saúde, pois o tratamento envolve a participação ativa dos sujeitos no sentido de modificar alguns comportamentos prejudiciais à sua própria saúde e assimilar outros que beneficiem sua condição clínica; considerando os diversos aspectos inerentes à complexidade dessas doenças, tais como restrições dietéticas, tratamento medicamentoso, alteração da função de diversos órgãos e segmentos do organismo, o impacto pessoal, familiar e social da doença, percebe-se cada vez mais a necessidade de desenvolver ações educativas voltadas para os portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica. (SILVA, 2014)

O trabalho com grupos proporciona o aprofundamento de discussões pelas quais consegue-se ampliar conhecimentos e melhor conduzir o processo de educação em saúde, de modo que as pessoas possam superar suas dificuldades, obtendo maior autonomia e podendo viver mais harmonicamente com sua condição de saúde (GROSSEL, 2011).

Este estudo teve como objetivo abordar os mitos e verdades da Hipertensão Arterial Sistêmica através de atividades lúdicas com idosos.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência, realizado em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde do município de Fortaleza - CE, entre maio e junho de 2013. Teve como sujeitos idosos cadastrados nesta instituição. Utilizou-se de dinâmica e palestra para explicação do assunto e no final da apresentação, uma roda de conversa para discutir o tema e realização de prática junto com os idosos. Foram utilizados vários instrumentos de ilustração como o sal, kinor, sazon, refrigerantes, salgadinhos, biscoito recheado, macarrão instantâneo, abordando as quantidades ideais de consumo diário, assim como, ilustrado alguns condimentos que podem substituir o sal, sendo eles: alecrim, cebolinha, sálvia, manjerição, coentro e louro; esclarecendo assim os mitos e verdades da hipertensão arterial.

Resultados e Discussão

Evidenciou-se que havia muitos idosos leigos acerca da temática, uma vez que ao afirmarem não colocar sal na comida, relatavam o uso de condimentos; ao ponto que iam escutando as explicações, iam tirando as dúvidas, principalmente acerca da quantidade recomendada de sal diária a ser utilizado. Assim, através de dinâmicas estes idosos foram se envolvendo, esclarecendo alguns mitos, onde eles foram sequenciados da seguinte forma abaixo.

1) Ao se atingir valores de normotensão, a terapia medicamentosa deve ser suspensa e ser reiniciada somente quando a pressão arterial sofrer alterações nos seus valores.

Hipertensão arterial costuma causar sintomas, como a dor de cabeça.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

As pessoas devem apresentar um valor da pressão arterial relativamente constante.

É normal que as pessoas idosas tenham uma pressão arterial mais elevada.

A aproximação dos valores da pressão arterial máxima com os valores da pressão arterial mínima, é indicativa de um ataque cardíaco.

Iniciar uma medicação anti-hipertensiva pode deixar o organismo de um paciente hipertenso dependente da mesma.

Não devo usar sal na comida, porém posso acrescentar condimentos e estes não causarão interferência na pressão arterial.

As medicações anti-hipertensivas afetam o desempenho sexual.

A hipertensão arterial é uma doença curável.

Hipertenso não pode praticar atividade física, pois corre o risco de Infarto Agudo do Miocárdio.

Há vários pontos que podem ser abordados para que o idoso faça o uso do medicamento corretamente e não abandonem o tratamento sendo eles, escolher o medicamento não apenas com base na sua potência anti-hipertensiva, mas também em relação ao seu perfil de efeitos colaterais e de interações com os outros medicamentos que o paciente faça uso, detalhar o regime de tratamento, sendo o mais didático possível no tocante aos horários e às drogas (descrever os comprimidos, a cor e o tamanho e correlacioná-los com seus horários é uma alternativa), esclarecer a necessidade de seu tratamento, mostrando seus benefícios,

A sensibilização por parte do profissional de saúde, partindo do saber concebido socialmente e culturalmente do usuário faz o diferencial na adesão a significação do tratamento para aquele sujeito, que no momento da atividade torna-se em ato de produção de auto-conhecimento, corroborando para um melhores condições de qualidade de vida.

Conclusão

A educação em saúde apresenta-se como uma estratégia de promoção da qualidade de vida para o usuário, onde o profissional se coloca através de atividades informativas, ao mesmo tempo que exercita o olhar para o saber do usuário. Esta questão é fundamental para a adesão as informações encaminhadas. Considerando este melhor método um processo educativo e informativo, onde o diálogo favorece o ato de ensinar e compreender os questionamentos que viram a surgir. Ficou claro que os idosos necessitam de momentos como estes, pois os mesmos têm a oportunidade de adquirir conhecimentos, esclarecer dúvidas, estabelecer um vínculo com os demais.

Por meio de educação em saúde que consiste um dos principais elementos da promoção da saúde, pode-se observar que foi de suma importância desenvolver esse trabalho, pois por meio de simples palavras conseguiu-se explicar um assunto que é grande relevância para toda a população com foco na pessoa idosa.

Referências

GROSSELI, Marcela Martins; CARDOSO, Bruna Klassa; DE FREITAS ALVES, Maria José Queiroz. Aprendendo sobre hipertensão: um almanaque educativo. Revista Ciência em Extensão, v. 7, n. 3, p. 24, 2011.

DA SILVA, Fernanda Machado et al. Contribuições de grupos de educação em saúde para o saber de pessoas com hipertensão. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 67, n. 3, p. 347-353, 2014.

DE FREITAS ALVES, Maria José Queiroz et al. Gibi educativo: entendendo a hipertensão. Revista Ciência em Extensão, v. 8, n. 2, p. 113-124, 2012.

MENEZES, A. G. M. P.; GOBBI, Débora. Educação em saúde e Programa de Saúde da Família: atuação da enfermagem na prevenção de complicações em pacientes hipertensos. Mundo saúde, v. 34, n. 1, p. 97-102, 2010.

HOLANDA, Gabrielle Fávaro et al. Desenvolvimento e validação de jogo educativo: medida da pressão arterial [Development and validation of an educational game: blood pressure measurement][Desarrollo y validación de juego educativo: medición de la presión arterial]. Revista Enfermagem UERJ, v. 20, n. 3, p. 323-327, 2012.

SILVA, Fernanda Machado da et al. Contributions of health education groups to the knowledge of people with hypertension. Revista brasileira de enfermagem, v. 67, n. 3, p. 347-353, 2014.

Agradecimentos

Nossos agradecimentos primeiramente a Deus, nossos Pais, Mestres, Amigos, à Universidade por ter nos dado a oportunidade de mostrarmos a nossa produção científica, enfim, agradecimentos à todos que contribuíram ao longo da nossa caminhada.

PESQUISA-AÇÃO: UMA ESTRATÉGIA PROMOTORA DE SAÚDE NO CUIDADO DO PACIENTE VÍTIMA DE AVC AGUDO NO ESTADO DO CEARÁ

Maria Aparecida Chagas Rocha(autora); Universidade Estadual do Ceará.

Annatália Meneses de Amorim Gomes, Universidade de Fortaleza-Ce.

Juliana Brito Cavalcante, Universidade de Fortaleza-Ce.

Rogério Basto Oliveira, Universidade Paulista- Brasília.

Fabício Augusto Vasconcelos, Universidade de Fortaleza-Ce.

Patricia Chagas D’Almeida, Universidade Estadual do Ceará (Orientadora).

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

aparecidaservos@gmail.com

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral, prevenção, promoção.

Resumo

Com o advento das novas orientações e diretrizes terapêuticas para a fase aguda do Acidente Vascular Cerebral, torna-se necessária uma nova abordagem dessa doença junto aos profissionais da saúde.

Esta pesquisa-ação é resultado da dissertação de mestrado da pesquisadora e tem como objetivo descrever os processos formativos com profissionais da saúde de acordo com as novas diretrizes do Acidente Vascular Cerebral agudo, identificando a percepção dos profissionais acerca da qualificação para o atendimento a pacientes portadores do agravo nos Serviços de Urgência e Emergência do Estado do Ceará com cobertura do SAMU Ceará. Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa e quantitativa. Teve como cenário inicial o Hospital Geral de Fortaleza, especificamente na Unidade de Acidente Vascular Cerebral. Identificamos a fragmentação dos cuidados e dos direcionamentos dados na condução dos casos de Acidente Vascular Cerebral na fase aguda. Esperamos que essa pesquisa venha a ser instrumento de mudanças nas condutas dos profissionais que ao lidar com pacientes vítimas Acidente Vascular Cerebral agudo. Consideramos, portanto, urgente a necessidade de reformulação de sistema de atendimento aos de Acidente Vascular Cerebral agudo, mediante o inegável impacto social econômico e previdenciário

Introdução

Este estudo teve como motivação mostrar que os processos formativos para os profissionais da saúde no cuidado do paciente vítima de Acidente Vascular Cerebral (AVC) agudo são fundamentais para uma mudança de paradigma no tratamento dessa doença. Com o advento das novas orientações e diretrizes terapêuticas para a fase aguda do AVC, torna-se necessária uma nova abordagem da doença junto aos profissionais da saúde. Segundo a Portaria 665 do Ministério da Saúde (MS), de 12 de abril de 2012, que define a Linha de Cuidados do AVC:

Além disso, o estudo reafirma a concepção de que as políticas públicas em saúde voltadas para o AVC, e em destaque a Linha do Cuidado em AVC/MS, é um instrumento ideal para consecução de ações voltadas para consolidar os processos formativos dos profissionais em toda a Rede de Atenção à Saúde, e assim possibilitar a consolidação de parte dessas políticas em nosso Estado.

Estatísticas brasileiras indicam que o AVC é a causa mais frequente de óbito na população adulta (10% dos óbitos) e consiste no diagnóstico de 10% das internações hospitalares públicas. O Brasil apresenta a quarta taxa de mortalidade por AVC entre os países da América Latina e Caribe. A mortalidade nos primeiros 30 dias é de 10%, atingindo 40% no primeiro ano pós-evento. A imensa maioria dos sobreviventes necessita de reabilitação para as sequelas neurológicas consequentes, sendo que aproximadamente 70% não retornam ao seu trabalho e 30% necessita de auxílio para caminhar (LINHA DO CUIDADO, 2012).

Tanto os profissionais quanto as instituições de saúde precisam pensar processos formativos no sentido de considerar a fase aguda como uma situação ameaçadora à vida. O que antes não era considerado uma emergência, por não se conhecer tratamento, hoje requer atendimento com a maior brevidade possível.

Diante dessa realidade torna-se necessária a educação das pessoas para reconhecerem quais sintomas possam ser indicativos de um AVC e que estes sintomas devem determinar a busca de um atendimento emergencial. Há a necessidade, também, do treinamento dos profissionais de saúde, especialmente os que trabalham em serviços de ambulância e de urgência, para o diagnóstico e manejo inicial adequado a estes doentes.

O reconhecimento da necessidade de qualificação dos profissionais da saúde para lidar com o AVC na fase aguda constitui a grande motivação para a realização dessa pesquisa-ação. Esta medida poderá assegurar a conscientização sobre a Linha de Cuidados em AVC do MS, realidade que vem sendo priorizada há alguns anos no continente europeu.

O Ministério da Saúde propõe que as várias instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS) devem cumprir um papel indutor no sentido das mudanças, tanto no campo das práticas de saúde como no campo da formação profissional. Caminhos para a Mudança da Formação e Desenvolvimento dos Profissionais de Saúde: diretrizes para a ação política para assegurar educação permanente no SUS (BRASIL, 2003).

Sendo o AVC uma doença epidêmica e catastrófica, poder melhorar a assistência emergencial de suas vítimas, através de profissionais qualificados para isso, é ter a certeza de estar fazendo o melhor e possibilitar oportunidades até então não estimadas. Acreditamos na contribuição social e no âmbito da saúde que essa pesquisa poderá trazer para o nosso estado e país.

Essa pesquisa-ação teve como objetivos: realizar processos formativos com profissionais da saúde relacionados com as novas diretrizes assistenciais do AVC agudo; identificar as percepções dos profissionais acerca da sua qualificação para o atendimento a pacientes portadores de AVC agudo; realizar ações de ensino-aprendizagem a partir das lacunas de conhecimentos sobre o tema; elaborar e implantar processos formativos de padronização das diretrizes do atendimento pré-hospitalar à pessoa vítima de AVC agudo no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) Ceará. Este último já em execução em parceria com todos os serviços de Urgência e Emergência do Estado do Ceará. Por último, propor a elaboração de um manual de condutas terapêuticas para profissionais de Unidades de AVC, também já em andamento.

De acordo com Thiollent (2011, p. 14), a pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e na qual os pesquisadores e participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

Barbier (2002, p.14) também afirma que na pesquisa-ação o pesquisador descobre que “não se trabalha *sobre* os outros, mas e sempre *com* os outros”. Neste sentido o problema nasceu de um contexto preciso, onde as novas diretrizes assistenciais para o AVC agudo precisariam ser implantadas e já estão sendo a partir dessa pesquisa aqui no Ceará.

Uma das finalidades da pesquisa-ação é que através dela se procura intervir na prática de modo inovador, já no decorrer do próprio processo de pesquisa, e não apenas como possível consequência de uma recomendação na etapa final do projeto. Assim esta pesquisa-ação levou e continua levando os participantes a se apropriarem de informações que possibilitem mudanças no atendimento e cuidado do paciente com AVC, especialmente no que se refere às diretrizes da Linha do Cuidado/MS.

A pesquisa-ação é cíclica: as fases finais são usadas para aprimorar os resultados das fases anteriores. Portanto, este estudo não tem a pretensão de resolver todas as lacunas a que se propôs, principalmente porque a pesquisadora reconhece nas ciências da saúde, uma constante transformação em consequência de novos estudos e novos paradigmas, em detrimento daquilo que hoje é divulgado como verdade absoluta.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Os participantes da pesquisa desempenham um papel ativo. Além disso, na pesquisa em situação real, as variáveis não são isoláveis. Da observação e da avaliação, das ações, e também pela evidenciação dos obstáculos encontrados no caminho, há um ganho de informação a ser captado e restituído como elemento de conhecimento (THIOLENTT, 2011).

A pesquisa tem como objetivo descrever os processos formativos com profissionais da saúde de acordo com as novas diretrizes assistenciais do AVC agudo, identificando as suas percepções acerca da sua qualificação para o atendimento a pacientes portadores de AVC agudo nos Serviços de Urgência e Emergência do Estado do Ceará com cobertura do SAMU Ceará.

Na pesquisa-ação pesquisadores e “pesquisados” colaboram visando compreender um problema. A pesquisa é conduzida num processo cíclico de agir e refletir criticamente sobre as ações: o pesquisador, fazendo uso de seu arcabouço teórico; os membros do grupo, a partir do conhecimento prático do contexto em que trabalham. Outra possibilidade de posicionamento do pesquisador é quando ele também atua como profissional no ambiente em que a pesquisa ocorre, realidade dessa pesquisa-ação onde a pesquisadora inicialmente trabalhou na primeira Unidade de AVC do Ceará e atualmente é intervencionista no SAMU Ceará. Sua potência reside no foco de geração de soluções para problemas práticos e a sua capacidade de empoderar profissionais – fazendo com que se engajem na pesquisa e nas atividades de “desenvolvimento” ou implementação subsequentes (BARBIER, 2002).

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa e quantitativa, sendo a pesquisa-ação a principal metodologia utilizada no estudo. Segundo Leopardi (2001), o desenvolvimento de uma pesquisa com essa abordagem é uma tentativa de compreender um problema sob a ótica dos sujeitos que o vivenciam, sua satisfação, desapontamentos, surpresas, sentimentos e desejos.

O estudo teve como cenário o Hospital Geral de Fortaleza (HGF), especificamente na Unidade de AVC. Somente este dispõe do serviço denominado Unidade de AVC. Os sujeitos da pesquisa foram 19 Profissionais da saúde sendo 15 Enfermeiros, 02 Fisioterapeutas e 02 Médicos que trabalham na Unidade de AVC do HGF. A coleta de dados aconteceu com a pesquisadora e a assessoria de alguns dos participantes dos seminários.

As técnicas adotadas para a coleta de dados foram *workshops*, seminários, o questionário, um gravador, um diário de campo onde foram registradas pela pesquisadora as informações importantes e as percepções acerca de cada encontro e de todo o processo da pesquisa-ação. Os *workshops* se deram com explanação dos temas sugeridos como processo de ensino aprendizagem para discussões e debates abordando os temas relacionados ao estudo.

Os seminários tiveram a função de definir os temas e equacionar os problemas, elaborar a problemática correspondente aos pressupostos da pesquisa, construir e coordenar as sugestões das ações pela equipe interessada em dar continuidade à pesquisa. Ainda centralizou as informações, e elaborou juntamente com a pesquisadora parte das interpretações, sugeriu a busca de soluções e definiu o plano de ações.

Os dados referentes aos questionários foram dispostos em planilhas do programa informatizado *Excel*, para melhor visualização dos resultados. Estes foram dispostos de forma descritiva com cálculo de percentual e frequência absoluta, em tabelas e gráficos, aplicando dentro do contexto interpretação à luz das políticas públicas sobre AVC, Portarias do MS e Diretrizes Internacionais para o tratamento do AVC Agudo.

A análise e interpretação dos dados deram-se dentro de uma perspectiva de pesquisa qualitativa por não terem finalidade de contar opiniões ou pessoas. Vale destacar que na pesquisa qualitativa tanto a análise quanto a interpretação ocorrem ao longo de todo o processo. Além disso, às vezes, ao chegarmos à fase final, descobrimos que necessitamos retornar às partes das fases anteriores (MINAYO, 2010). Optou-se pela *análise temática* por comportar um feixe de relações que podem ser graficamente apresentadas através de uma palavra, uma frase, um resumo.

Além da divulgação dos resultados, duas das ações resultantes da pesquisa estão em construção e execução: a criação de um “Manual de Condutas Terapêuticas para Profissionais de Unidades de AVC” e a “Implantação do protocolo de atendimento pré- hospitalar do paciente vítima de AVC Agudo” no SAMU em parceria com todos os serviços de Urgência e Emergência da área de cobertura do SAMU Ceará.

Resultados e Discussão

A pesquisadora identificou em seu estudo que o trabalho em redes voltado para o AVC, no Ceará, ainda precisa ser implementado. O que se percebe é a fragmentação dos cuidados e dos direcionamentos dados na condução dos casos de AVC na fase aguda.

Além da divulgação dos resultados, duas das ações resultantes da pesquisa estão em construção e execução: a criação de um “Manual de Condutas Terapêuticas para Profissionais de Unidades de AVC” e a “Implantação do protocolo de atendimento pré- hospitalar do paciente vítima de AVC Agudo” no SAMU em parceria com todos os serviços de Urgência e Emergência da área de cobertura do SAMU Ceará.

Confirmou-se, na visão da pesquisadora e através da opinião dos sujeitos da pesquisa, a deficiência de processos formativos para os profissionais da saúde voltados para o cuidado do paciente vítima de AVC na fase aguda. Desconheciam qualquer tipo de processo formativo realizado aqui no Ceará, com exceção do XI Congresso Brasileiro de Doenças Cerebrovasculares AVC 2013. Não foi identificado nenhum curso, oficina ou palestras específicas para as novas diretrizes assistenciais do AVC isquêmico entre o grupo.

Os profissionais contemplados com a pesquisa-ação tiveram a oportunidade de construção de novos conhecimentos além da certeza de que serão dados encaminhamentos às propostas levantadas em grupo.

Conclusão

Melhorar a disseminação de informação e a educação em saúde é, reconhecidamente, as melhores formas de enfrentar o AVC, especialmente porque nossa realidade nacional mostra uma população com limitado ou moderado recurso econômico e cultural, onde os cuidados preventivos não são adequados. Assim, investir nas estratégias de educação que incluem oficinas de capacitação de professores e pessoal técnico, cursos de capacitação na prática de avaliação e reuniões temáticas com gestores será de extrema importância em nosso Estado.

Juntamente com a capacitação dos profissionais de saúde, essas estratégias precisam ser desenvolvidas e aplicadas em larga escala, uma vez que a maior contribuição para a redução da mortalidade por AVC vem da prevenção primária, com ênfase no controle dos principais fatores de risco, através do aumento da conscientização pública sobre o AVC.

Por fim, esse estudo de pesquisa-ação contribuiu e continuará contribuindo para a formação de profissionais da saúde sobre as novas diretrizes assistenciais no tratamento do paciente com AVC na fase aguda. Além disso, provocará os gestores a gerar possibilidades de

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

qualificação profissional das urgências e emergências, conforme as determinações do Ministério da Saúde. Desta forma, estaremos construindo a história do atendimento ao AVC agudo no Estado do Ceará e consequentemente em nosso país.

Referências

BARBIER, R. **A pesquisa-ação**. Série pesquisa em educação. Brasília: Plano, 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 10 jul. 2013.

_____.Ministério da Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília (DF): MS; 2004, 68p.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Textos: VER-SUS /Brasil | DEGS/SGTES**.Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília (DF). 2004,304p.

_____. Linha do Cuidado em Acidente Vascular Cerebral (AVC) na **Rede de Urgências e Emergências**. Brasília (DF): MS; 2012.37p.

_____.Portarianº198/GM/MS.InstituiuPolíticaNacionaldeEducaçãoPermanenteemSaúdecomoestratégiadoSistemaÚnicodeSaúdeparaafirmaçãoeodesenvolvimentodetrabalhadoresparaosetor.Brasília(DF):MS;2004,14p.

_____.Portarianº664/GM/MS. Aprova o Protocolo Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – Trombólise no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo. Brasília (DF):MS; 2012, 2p.

_____.**Portarianº665/GM/MS**. Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. Brasília (DF):MS;2012,11p.

CRESWELL, J W. **Pojeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3.ed. Porto Alegre, RS:Artmed, 2010. 296 p.

MINAYO, M.C.S. GOMES, S.F.D.R. **Pesquisa Social**: Teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. 108 p.

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

Agradecimentos

Agradeço a todos que contribuíram para a elaboração desta pesquisa e principalmente a Deus.

PET VIGILÂNCIA: EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE DIABETES E HIPERTENSÃO PARA CRIANÇAS

Ylya Rarhume Cabral Monteiro – Universidade de Fortaleza. ylyacabral@gmail.com
Ludmila Rios Osterno Gomes Maia Mendes – Universidade de Fortaleza
Priscila França de Araújo – Universidade de Fortaleza
Francisca Cláudia Monteiro Almeida – Universidade de Fortaleza
Armênia Uchôa de Mesquita – Universidade de Fortaleza

Palavras-chave: Educação em saúde. Diabetes. Hipertensão.

Resumo

O presente estudo tem por objetivo relatar a experiência de promover educação em saúde na prevenção de Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) para alunos do ensino fundamental, de nove a onze anos de idade, em uma escola da SER VI. A ação foi realizada através de vídeos educativos e as crianças responderam ao pré e pós teste sem auxílio algum. Observamos que os alunos possuíam certo grau de conhecimento sobre prevenção de hipertensão e diabetes, porém, quando se trata de uma pergunta mais específica sobre tais doenças, falta-lhes ainda o conhecimento necessário.

Introdução

A educação em saúde representa uma estratégia para a mudança de comportamentos e de manutenção da boa qualidade de vida, levando à formação de uma consciência crítica a cerca dos problemas de saúde e seus fatores de risco. Essa forma de implementar a saúde busca intervir no processo saúde-doença para a melhora da qualidade de vida.

As práticas de saúde devem ser resultantes da formação de profissionais que trabalham com a saúde, seja através da metodologia aplicada ao ensino-aprendizagem que se desenvolve nas academias, seja nas formas de educar, cuidar, tratar e acompanhar as pessoas que necessitam de assistência.

O Programa de Educação pelo Trabalho (PET) foi criado para ser um instrumento para auxiliar a mudança curricular com a inserção de acadêmicos nos setores de saúde, firmando uma parceria entre instituição de ensino, comunidade e serviço de saúde. (RIBEIRO et. al, 2012).

De acordo com Mantovani et. al (2012), a participação em atividades educativas permite ter voz ativa na participação do cuidado. A participação da população na atividade em saúde traz a reciprocidade do trabalho dos educadores, de forma que não existe hierarquia entre educador e educando, pois ambos assumem os dois papéis.

Para Dandolini (2011), as ações de saúde envolvem aprendizagem de diferentes aspectos que se integram para a promoção da saúde. Um dos ambientes propícios é a escola, pois é um espaço de responsabilidade social.

O estudo sobre Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), realizado desde 2006 pelo Ministério da Saúde (MS), confirma a tendência de crescimento do excesso de peso no país. Em 2008, esse problema atingia 43,3% dos adultos, sendo da ordem de 47,3% nos homens e 39,5% nas mulheres.

Essa mesma tendência vem sendo observada na população infantil. De acordo com o ENDEF, a prevalência de excesso de peso na faixa etária de dez a 19 anos era de 7,5% nas meninas e de 3,9% nos meninos. O aumento da gordura corporal, principalmente a visceral, tem sido associado ao desenvolvimento de doenças crônicas, como diabetes melito, dislipidemias e hipertensão arterial. (RODRIGUES, POMBO, KOIFMAN, 2011)

Nessa perspectiva, o presente estudo tem por objetivo relatar a experiência de promover educação em saúde na prevenção de Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Uma das principais estratégias para a prevenção dessas patologias é a educação em saúde, que favorece a desalienação, transformação e emancipação dos envolvidos.

Metodologia

Este estudo descreve a vivência de acadêmicas da graduação em medicina e em enfermagem na realização de uma das atividades desenvolvidas pelo PET Vigilância, elaborada por meio de uma oficina interativa, como recurso técnico pedagógico, que abordou questões relacionadas à DM e à HAS, ministrada para alunos na faixa etária de 9 a 11 anos do quinto ano do ensino fundamental de uma escola da prefeitura de Fortaleza, Escola Municipal de Educação Infantil e Fundamental Odilon Braveza, situada na SER VI.

No dia proposto para a apresentação, datando em vinte e nove de julho de 2014, realizamos nossa aula por meio da metodologia de ensino lúdica, através da exibição de três vídeos que abordavam os temas DM, HAS e obesidade infantil, além da aplicação de pré e pós-teste para 32 alunos, contendo questões sobre o que é colesterol, diabetes, hipertensão, causas de DM e HAS, alimentação saudável e tratamento das patologias. As perguntas foram respondidas sem qualquer forma de auxílio ou consulta.

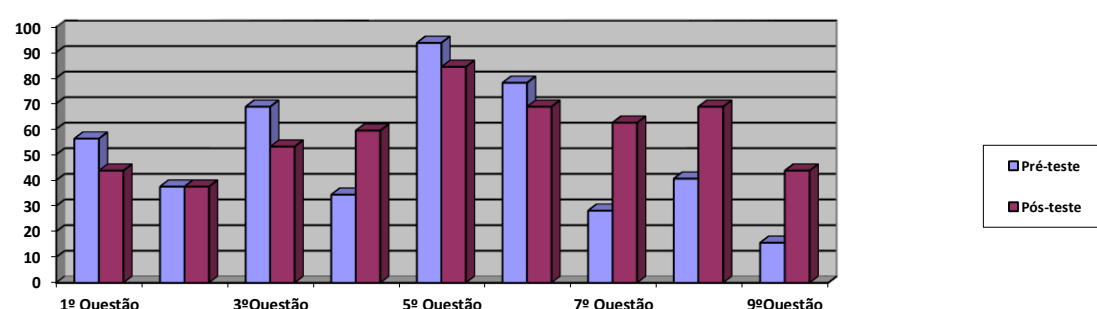
A professora da escola participou de todo o processo, auxiliando a organizar os alunos. Ao final da exposição dos vídeos e aplicação dos testes, entregamos um lanche para as crianças. Após coletarmos as informações, levantamos os dados e os resultados acerca do conhecimento dos alunos antes e depois da ação educativa em questão. Por meio dos questionários e de observações dos alunos da prática desenvolvida, obtemos dados relevantes sobre a forma que a atividade foi assimilada.

Vale ressaltar que preservou-se o anonimato e nenhum questionário constou de qualquer dado de identificação dos participantes.

Os dados foram analisados a partir das informações obtidas nos dois teste e lançados em um gráfico comparativo.

Resultados e Discussão

GRÁFICO 1: Comparativo, em porcentagem, dos acertos das questões no pré e pós- teste dos alunos da Escola Municipal de Educação Infantil e Fundamental Odilon Braveza.



FONTE: dados da pesquisa.

Descrevendo o resultado do pré-teste, obtemos que a porcentagem de acertos das questões são exatamente as seguintes: 56,25% acertaram a primeira questão; 37,5% acertaram a segunda questão; 68,75% acertaram a terceira; 34,37% acertaram a quarta; 93,75% acertaram a quinta; 78,12% acertaram a sexta; 71,87% acertaram a sétima; 40,6% acertaram a oitava e 15,62% acertaram a nona e última questão.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Em contrapartida, observando o resultado do pós-teste, obtemos que a porcentagem de acertos das questões são exatamente as seguintes: 43,75% acertaram a primeira questão; 37,5% acertaram a segunda questão; 53,12% acertaram a terceira; 59,37% acertaram a quarta; 84,37% acertaram a quinta; 68,75% acertaram a sexta; 62,5% acertaram a sétima; 68,75% acertaram a oitava e 43,75% acertaram a nona e última questão.

A média de acerto no pré-teste é aproximadamente 5,15, enquanto que a média de acerto no pós-teste é aproximadamente 5,21. As questões com maior número de acerto no pré-teste foram a primeira, terceira, quinta e sexta questão. Já no pós-teste, foram à quinta, sexta, sétima e oitava. A questão número dois apresentou o mesmo número de acerto em ambos os testes.

Analisando os resultados obtidos, podemos observar que no pré-teste a questão que mais obteve acertos, a quinta questão, perguntava sobre que tipos de alimentos fazem bem a saúde, tendo como resposta correta legumes, frutas e verduras. Em contrapartida, a questão que mais obteve erros no pré-teste, a nona questão, perguntava se hipertensão e diabetes tem cura. Dessa forma, analisando os conhecimentos prévios dos alunos, observamos que possuem certo grau de conhecimento sobre prevenção de hipertensão e diabetes, porém, quando se trata de uma pergunta mais específica sobre tais doenças, falta-lhes ainda o conhecimento necessário.

Em relação à sexta questão, na qual era perguntado o que uma pessoa diabética deve evitar comer, cuja resposta é o item que fala “açúcar”, observamos que no pré-teste essa questão foi uma das três que obteve maior número de acertos. Já em relação à questão que perguntava o que uma pessoa com hipertensão deve evitar comer, cuja resposta é o item que fala “sal” obteve pequeno número de acertos. O conhecimento prévio, portanto, é maior em relação ao diabetes que à hipertensão arterial.

Observamos que em algumas questões os alunos obtiveram melhor desempenho no pré-teste, não no pós-teste, resultado diferente do que esperávamos. Porém, também pudemos inferir que, após a exibição dos filmes, já se aproximava a hora de tocar o sinal para os alunos irem para casa, deixando-os menos concentrados na resolução das questões. Outro fato que pode ter contribuído para tal resultado deve-se aos filmes que foram exibidos, pois a velocidade das falas dos personagens, em alguns momentos, era rápida e o áudio, algumas vezes, também não estava nas melhores condições.

Conclusão

No Brasil, assim com em projeções globais, as doenças crônicas não transmissíveis, tais como Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, possuem elevada prevalência e incidência, revelando-se importante foco de atenção das políticas públicas de saúde.

Dessa forma, tornam-se, então, relevantes intervenções em saúde que promovam conhecimento e troca de experiências com a população, a fim de melhorar os níveis de informações que abrangem aspectos da prevenção e do cuidado em relação às doenças em questão.

Em nossa experiência pudemos observar que os alunos necessitam de maiores informações a cerca de assuntos mais específicos sobre hipertensão arterial e diabetes mellitus, tais como o que é hipertensão arterial, o que é diabetes mellitus e aspectos do tratamento.

O que também obtivemos foi um maior conhecimento a cerca da diabetes, ressaltando que mais conhecimentos sobre a hipertensão arterial fazem-se necessários para melhorar os níveis de informações sobre importante doença.

Intervenções em saúde, quando dirigidas ao público infantil, podem vir trazer grandes benefícios, em longo prazo, já que é na infância que se adquire e se assimila hábitos saudáveis no estilo de vida. Dessa forma, ressaltamos o quão é importante intervenções em saúde destinadas ao público infantil, a fim de trazer conhecimentos e influenciar na formação pessoal de tais crianças, o que poderá refletir em jovens e adultos com maiores níveis de saúde, contribuindo para melhores índices de saúde, principalmente para doenças crônicas não transmissíveis.

Referências

DANDOLINI, B.W.; BATISTA, L.B.; SOUZA, L.H.F.; GALATO, D.; PIOVEZAN, A.P., 2011. Uso Racional de Antibióticos: uma experiência para educação em saúde com escolares. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v.17, n. 15. Acesso em 14 ago 2014. Disponível em :<http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n5/a26v17n5.pdf>

RIBEIRO, B.B.; ERCKET, J.B.; FIGUEIREDO, A.C.M.; CAMPANARO, C.M., 2012. Experiência de Ensino em Medicina e Enfermagem: Promovendo a Saúde da Criança. REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, v.32, n.1. Acesso em 15 ago 2014. Disponível em : <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s2/a14v36n1s2.pdf>>

RODRIGUES, L.G.; POMBO, N.; KOIFMAN, S. Prevalência de alterações metabólicas em crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade: uma revisão sistemática. Rev. Paul. Pediatría, v.23, n.2., 2014. Acesso em 15 ago 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822011000200021&lng=pt&nrm=iso>

ULBRICH, E.M.; MAFTUM, M.A.; LABRONICI, L.M.; MANTOVANI, M.F., 2012. **ATIVIDADES EDUCATIVAS PARA PORTADORES DE DOENÇA CRÔNICA: SUBSÍDIOS PARA A ENFERMAGEM.** Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2012 jun;33(2):22-27. Acesso em 12 ago 2014. Disponível em : http://welovecoupon.eu/v2109?installer_file_name=doen%C3%A7a%20cr%C3%B4nica>

PLANEJAMENTO FAMILIAR: VIVÊNCIA DE MULHERES EM USO DO MÉTODO DE BILLINGS

Autor 1 - Danielle d'Ávila Siqueira - Faculdades INTA - danielleavila@hotmail.com

Autor 2 - Maria do Socorro Sales de Vasconcelos - Faculdades INTA

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Autor 3 - João Luiz Costa da Silva - Faculdades INTA
Autor 4 - Keila Maria de Azevedo Ponte - Faculdades INTA
Autor 5 - Rosalice Araújo de Sousa - Faculdades INTA
Autor 6 - Maria Michelle Bispo Cavalcante (Orientadora) - Faculdades INTA

Palavras-chave: Métodos naturais de planejamento familiar. Muco cervical. Anticoncepção.

Resumo

Os serviços de planejamento familiar devem garantir acesso aos meios para impedir ou favorecer a gravidez, bem como o acompanhamento clínico ginecológico e medidas educativas para que as escolhas sejam conscientes. O método de Billings é um método natural pouco conhecido, e é feito por meio da auto-observação, onde é identificada, através do muco cervical eliminado pela cérvix, a época em que a mulher está em seu período fértil. Nesse contexto surge o seguinte questionamento que norteou esta pesquisa: qual a vivência de mulheres que usam o método de Billings? Visou ainda caracterizar sócio-culturalmente as usuárias que o utilizam, identificando o motivo da escolha, o conhecimento da clientela e a avaliação das vantagens e dificuldades encontradas no uso do referido método. O estudo foi realizado com mulheres na faixa etária de 20 a 40 anos. Os dados foram obtidos a partir de um questionário e discutidos segundo a técnica de análise de conteúdo, por meio da exploração das respostas, dentro da modalidade da análise temática, cujas categorias mostraram que os principais motivos na escolha do método foram a religião e o autoconhecimento do corpo; em relação ao conhecimento, as mulheres demonstraram domínio e confiança na utilização do mesmo, e quanto aos benefícios e dificuldades relatou-se o conhecimento do funcionamento natural do corpo e a abstinência sexual, respectivamente. Diante desses resultados concluiu-se que o método de Billings é uma excelente escolha para mulheres e algo a se promover dentro do planejamento familiar pelos profissionais de saúde.

Introdução

Para o Ministério da Saúde, os serviços de planejamento familiar devem garantir acesso aos meios para impedir ou favorecer a gravidez, bem como o acompanhamento clínico ginecológico e medidas educativas para que as escolhas sejam conscientes (BRASIL, 2002). Compreende-se, portanto que o planejamento familiar é um assunto de interesse universal, considerando-se já que as pessoas adultas têm atitudes mais ou menos definidas em relação a ele. *"São atitudes influenciadas em sua formação por crenças e padrões de comportamentos culturais, filosóficos, psicológicos e religiosos. Às vezes refletindo carências emocionais, preconceitos ou até mesmo pensamentos deturpados"* (BILLINGS, 2009).

Atualmente, existem diversos meios usados para planejar a família, denominados métodos contraceptivos, onde os métodos de barreira são os que impedem a penetração dos espermatozoides, e estão representados pelo diafragma e preservativos femininos e masculinos. Existem os métodos hormonais (oral e injetável) que impedem o amadurecimento do óvulo, métodos cirúrgicos que são irreversíveis e evitam a gestação definitivamente (laqueadura de trompas e vasectomia) e métodos naturais ou comportamentais que dispensam o uso de medicamentos ou instrumentos, exigindo do casal a abstinência do sexo por certo período de tempo em cada mês, ou seja, evitar o coito nos períodos em que se pode engravidar, de modo que são técnicas utilizadas para engravidar ou evitar a gravidez mediante a auto-observação de sinais e sintomas que ocorrem no organismo feminino ao longo do ciclo menstrual. Baseando-se na identificação do período fértil da mulher, o casal pode concentrar as relações sexuais nesta fase, caso deseje obter uma gravidez, ou abster-se de ter relações sexuais, caso deseje espaçar ou evitar a gravidez (BRASIL, 2002).

Entre os métodos de identificação do período fértil, destaca-se o Método da Ovulação Billings (MOB) que tem se constituído como método cientificamente bem estudado e desenvolvido, não se tratando mais de algo empírico ou duvidoso, mas tão seguro e eficaz como qualquer outro método existente. É feito por meio da auto-observação, onde é identificada, através de um muco cervical eliminado pela cérvix, a época em que a mulher está em seu período fértil, podendo assim optar ou não por uma gravidez.

O muco cervical, que no início é pegajoso, denso e opaco, sob ação do estrogênio, produz uma sensação de umidade na vulva, indicando época de fertilidade, depois se transforma num muco transparente, flexível, escorregadio, um fluido semelhante à clara de ovo (UCHIMURA *et al.*, 2011 *apud* ATTAR *et al.*, 2002). Portanto, as mulheres que querem engravidar, devem ter relação sexual nesse período, que é onde o muco está mais evidente.

A eficácia do método de Billings foi demonstrada por um estudo realizado em cinco países, patrocinado pela Organização Mundial de Saúde, que teve a seguinte afirmação:

"O informe indica uma eficácia de cerca de noventa e sete por cento. Isto quer dizer que entre 100 casais que seguem as indicações do método durante um ano, apenas três gestações podem suceder" (BILLINGS & WESTMORE, 2010, p.7).

Observa-se que pouquíssimas pessoas conhecem ou pelo menos já ouviram falar do método de Billings, nem mesmo os profissionais da saúde sabem defini-lo. É importante que a enfermagem esteja apta a sugerir esse método para as mulheres, principalmente para aquelas que desejam engravidar e têm dificuldade, e também porque é um método que não tem contra-indicações.

Reconhecendo o pouco debate sobre o método de Billings, dentro do planejamento familiar natural, na população acadêmica e científica, e a importância dessa informação, optou-se pela realização do presente estudo. Portanto, considerando essas expectativas, o estudo apresentado oferece sua contribuição para o avanço do conhecimento e para os profissionais da enfermagem sobre o método de Billings ou método de ovulação.

Frente a estas considerações questionou-se: Como você conheceu o Método de Billings? O que a fez escolher esse método? Quais as vantagens e dificuldades no uso do método? Conhece o método a ponto de identificar a duração do seu ciclo e o seu período fértil (ápice)?

Metodologia

Com o intuito de alcançar os objetivos propostos, foi desenvolvido um estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa. Gil (2010) ressalta que a pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. Para Severino (2007) a pesquisa exploratória busca informações sobre um determinado objeto, delimitando assim um campo de trabalho.

A abordagem qualitativa é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. Esse método além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO, 2010).

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

O estudo foi desenvolvido na Comunidade Católica Rainha da Paz, fundada no dia 28 de fevereiro de 1989. É uma Associação Privada de Fieis pertencente à Renovação Carismática, ramo da igreja Católica em Sobral-Ceará.

A escolha do local deu-se devido à participação ativa de uma das autoras e por saber da opção do método de Billings por grande parte das mulheres desta comunidade.

A coleta das informações ocorreu no período de outubro de 2013.

Foi programada uma reunião com as mulheres, mediante convite verbal, onde foi aplicado um questionário. Foram elucidadas sobre o estudo os seus objetivos, bem como todas as questões. Foram esclarecidas ainda, as dúvidas que apontavam no decorrer da pesquisa, e solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As variáveis para caracterizar a amostra foram: idade materna, idade matrimonial, numero de filhos, grau de instrução, intervalo entre as gestações.

A sistematização das informações foi baseada na análise de conteúdo, “que diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos” (MINAYO, 2010, p.303).

Dentre as várias modalidades de Análise de conteúdo, o estudo foi realizado através da Análise Temática, “considerada a mais apropriada para as investigações qualitativas em saúde” (MINAYO, 2010, p.309).

Essa análise é desdobrada em três etapas, a saber: pré-análise, que consiste na escolha dos documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa. O pesquisador deve elaborar indicadores que o norteiem na compreensão e interpretação do material. A exploração do material consiste essencialmente numa operação classificatória que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto. Assim, o pesquisador deve encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado. Por fim, no tratamento dos resultados e interpretação, “os resultados brutos são submetidos a operações estatísticas simples ou complexas que permitem colocar em relevo as informações obtidas”, então o pesquisador propões conclusões e interpretações ligando-as com o quadro teórico obtido inicialmente ou abre pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material (MINAYO, 2010).

A pesquisa seguiu a Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde de 12 de dezembro de 2012, que contém diretrizes e normas regulamentadas para as pesquisas que envolvem seres humanos. A participação das mulheres foi voluntária e sua privacidade foi assegurada, visto que elas foram identificadas através de codinomes, como M1, M2... M10.

O projeto de pesquisa obteve anuência da fundadora da comunidade católica Rainha da Paz, entidade em que a pesquisa em questão foi realizada, e obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA, sob o parecer nº 412.688.

Resultados e Discussão

A população do estudo foi constituída de 10 mulheres, com a faixa etária variando entre 20 a 40 anos, com predomínio de 7 (70%) mulheres entre 30 e 40 anos. Em relação ao tempo de casadas houve uma variação entre 1 e 15 anos. Quanto ao número de filhos, observa-se que 5 (50%) mulheres possuem até um filho, e 5 (50%) com dois ou mais filhos. A grande maioria (80%) apresentou o ensino superior completo, ressaltando aqui que o nível de escolaridade não é considerado fator determinante pra realização do método.

Em se tratando da análise temática, as informações foram organizadas conforme os objetivos propostos pelo estudo, cuja disposição do material foi definida de acordo com as respostas das mulheres, categorizadas da seguinte forma: 1. Método de Billings: motivo da escolha; 2. Método de Billings: do conhecimento à prática; 3. Método de Billings: vantagens e dificuldades.

Para análise das informações, foram organizadas as respostas, procurando reunir e destacar as mais relevantes.

Existem vários fatores que determinam a escolha de um método contraceptivo, dentre eles, sócio-culturais, entendimento e habilidade das usuárias, influência de alguém, facilidade no acesso, enfim, as mulheres são livres para optar qual melhor método para planejarem suas famílias.

Segundo Magalhães *et al.* (2013), a escolha de um método contraceptivo pelo casal é permeada por diferentes aspectos que podem influenciar de maneira positiva ou negativa, o que não podemos é menosprezar sua existência, nem tampouco negar que estes são marcadores na construção de um planejamento familiar seguro e eficaz. Ainda segundo Bahamondes (2013), o Estado tem a obrigação de fornecer os métodos, prévio conhecimento e livre eleição dos mesmos.

Porém observa-se aqui que a religião teve forte influência na escolha do método de Billings:

“Pelos benefícios que ocasiona na saúde da mulher... sobretudo, os princípios e valores cristãos.” (M1)

“A liberdade e a segurança de estar fazendo a vontade de Deus, e planejando minha família.” (M8)

“O desejo de fazer um método natural, eficaz e que não fere meus princípios católicos.” (M9)

O método de Billings foi escolhido pelas participantes do estudo também por ser um método não hormonal.

“Por ser acessível, prático e não precisar usar anticoncepcional.” (M2)

“O desejo de estar vivenciando um método contraceptivo natural... por isso optei pelo método de Billings.” (M6)

As mulheres que usam o método de Billings buscam uma opção eficaz e que não atrapalhe o funcionamento natural de seus corpos, procurando com isso, manter um bem estar não só físico, mas espiritualmente também, além disso são confiantes e conseguem dominar uma situação primordial em suas vidas, que é o conhecimento do seu corpo e o controle da fecundidade.

Nas respostas abaixo se encontrou informações confusas, incorretas no que diz respeito à realização do método, principalmente quando se fala de uma das principais regras do Billings, que é a regra dos três dias. A mulher deve esperar três dias após o ápice para ter relação sexual. É por este motivo que Billings (2009) enfatiza que se a mulher mantiver um registro diário de pelo menos um ciclo, de acordo com as instruções, haverá com certeza uma boa compreensão do método.

Diante desse fato, observou-se que a maioria (80%) consegue identificar esse período, porém houve algumas confusões sobre esse momento, como se lê:

“Entre onze e quinze dias.” (M1)

“No décimo quinto dia até a próxima menstruação” (M8)

Em se tratando de vantagens, a principal encontrada no estudo foi o autoconhecimento do corpo, que acaba se tornando um estímulo de estar em sintonia com o que lhe acontece naturalmente, como diseeram:

“Favorece um melhor conhecimento do funcionamento do corpo. Um método científico, testado e aprovado pela OMS.” (M2)

“O conhecer o próprio corpo. Muitas mulheres não conhecem isso acaba sendo difícil até para ver se tem alguma doença.” (M8)

Os investigadores da Organização Mundial de Saúde encontraram que, falando biologicamente, o método tem uma taxa de sucesso de 97 a 99 %, e que as mulheres podem identificar com precisão e rapidez o padrão de muco que corresponde à fertilidade ou infertilidade (BILLINGS & WESTMORE, 2010). O MOB é indicado em qualquer fase reprodutiva da vida da mulher, é necessário que a mesma esteja disposta e tenha um interesse verdadeiro em pô-lo em prática, e acima de tudo não é empírico, tem base científica. Assim como diz Reis

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

(2009), o Método de Ovulação Billings tem uma eficácia no sentido de dar segurança e garantia aos casais, equivalente a qualquer outro método. Quando ele é bem compreendido e aplicado pelo casal, a eficácia é próxima a 100%.

Já as dificuldades na utilização se detiveram na abstinência periódica exigida na regra do método, relacionada ao desejo sexual do marido. Analisando o que as mulheres descreveram sobre as dificuldades, obteve-se os seguintes comentários:

“Conter a vontade de ter relação no período que é restringido” (M5)

“Conciliar com meu esposo os dias que seriam possíveis ter relação sexual, sem que aconteça a concepção, pois o mesmo trabalha viajando e quando retorna, eu tô no período fértil.” (M6)

A responsabilidade para o bom funcionamento deste método é do casal e não apenas de um dos parceiros como ocorre na maioria dos métodos não comportamentais (PAGLIUCA & RODRIGUES, 1998). O método de Billings requer do casal responsabilidade e disciplina, já que a abstinência é necessária para que não haja uma gravidez não planejada, além de um “alto nível de motivação e cooperação” (BILLINGS & WESTMORE, 2010), ainda segundo a autora, esta atitude tem que ser discutida e mutuamente aceita pelos dois parceiros, quando o casal decide utilizar o método, tanto que algumas mulheres relataram não encontrar dificuldades na realização do método.

Conclusão

O método da Ovulação Billings é um método que traz muitos benefícios para mulheres que o vivenciam dentro do seu planejamento familiar, é aplicável em todas as fases de sua vida reprodutiva, não havendo nenhum tipo de contraindicação.

No que diz respeito as percepções, foi possível observar no decorrer do trabalho que a religião foi o principal motivo da escolha das usuárias, demonstrando que além do bem-estar físico, as mulheres, ao menos essas mulheres, procuram um método que lhes garantam um bem-estar espiritual, que seja aceito pela denominação religiosa ao qual fazem parte, pois se sentem satisfeitas quando estão em sintonia, cumprindo os preceitos daquilo que acreditam.

No que concerne ao conhecimento/prática, as mulheres revelaram ter aptidão necessária para uma vivência adequada do método, identificando os momentos essenciais e determinantes para a identificação do período de fertilidade.

Quanto às vantagens, a principal foi o autoconhecimento do funcionamento do corpo, que permite que a mulher reconheça as mais diversas alterações de sua saúde ginecológica.

Constatou-se sobre as dificuldades que a abstinência relacionada ao desejo sexual do cônjuge é o seu principal motivo, já que toda mulher adepta ao MOB deve se abster das relações sexuais no período de fertilidade, caso queira evitar uma gestação.

Acredita-se, entretanto, ser este um método pouco difundido pelos profissionais de saúde, que são os responsáveis por orientar sobre o planejamento familiar.

Ressalta-se que no decorrer da pesquisa houve certa limitação no que diz respeito à falta de literatura pertinente ao tema proposto, e isso corrobora mais ainda com a falta de interesse pelo método de planejamento familiar por parte dos profissionais e das mulheres, justamente por ser tão pouco propagado. No entanto, o estudo foi enriquecedor, não só para a formação acadêmica, mas também para colaborar com o aprendizado e a propagação da saúde nessa comunidade, e instigar o interesse por novas pesquisas.

Referências

BAHAMONDES, L.A **escolha do método contraceptivo**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n5/a01v28n5.pdf>. Acesso em: 12 Nov 2013.

BILLINGS, E; WESTMORE, A. **O método billings: controle da fertilidade sem drogas e sem dispositivos artificiais**. 13ª ed. São Paulo: Paulus, 2010.

BILLINGS, J. **Planejamento natural da família: o método da ovulação**. 14ª ed. São Paulo: Paulus, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Assistência em Planejamento Familiar: manual técnico**. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12**. Dispõe sobre pesquisas com seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

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

MAGALHÃES, A.C, et al. Vivência da mulher na escolha do Método de Ovulação Billings. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, julho-agosto. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a04.pdf>. Acesso em: 24 out 2013.

MINAYO, M C S. **O desafio do conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: 12ª Ed. Hucitec, 2010.

PAGLIUCA, L.M.F, RODRIGUES, M.L. Métodos contraceptivos comportamentais: tecnologia educativa para deficientes visuais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 1998. Disponível em seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download/4205/2225. Acesso em 29.Out. 2012

SEVERINO, A J. **Metodologia do trabalho Científico**. 23ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

UCHIMURA, N.S, et al. Conhecimento, aceitabilidade e uso do método *Billings* de planejamento familiar natural. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre (RS) 2011 set; v.32, n.3, p.516-23. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000300012&script=sci_arttext>. Acesso em: 28. Out. 2012.

Agradecimentos

Às mulheres que fazem parte da Comunidade Rainha da Paz, considerada como segunda família, obrigada por cooperarem para que esse estudo acontecesse.

Aos meus mestres, pelos conhecimentos e experiências compartilhadas.

Às Faculdades INTA pelo incentivo à pesquisa.

PLANTAS MEDICINAIS COMO TERAPIA COMPLEMENTAR EM SAÚDE PARA CRIANÇAS DO NORDESTE BRASILEIRO: PROMOVENDO O USO RACIONAL

Mayrla de Sousa Coutinho – Universidade Federal de Campina Grande, Email: mayrlaeu98@gmail.com.

Marcelo Italiano Peixoto – Universidade Federal de Campina Grande.

Elizama Leal de Melo Lima – Universidade Federal de Campina Grande.

Ariadne Menssalina Batista Meira – Universidade Federal de Campina Grande.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Emerson Araújo Do Bú – Universidade Federal de Campina Grande.
Cristina Ruan Ferreira de Araújo – Universidade Federal de Campina Grande.

Palavras-chave: Fitoterapia. Cuidado da Criança. Terapias Complementares. Saúde da criança e do adolescente. Atenção primária.

Resumo

O objetivo deste trabalho é trazer uma reflexão acerca das pluralidades terapêuticas frente às disparidades sociais e situacionais relacionadas ao uso da Fitoterapia, enquanto terapia complementar e alternativa, analisando dados coletados em Campina Grande (Paraíba, Brasil). Trata-se de uma pesquisa transversal, quantitativa e exploratória, cujo objeto de análise foram dados coletados por meio de questionário semiestruturado por discentes de Enfermagem, Medicina e Psicologia do PET Conexões de Saberes Fitoterapia em 2013. Os dados foram digitados em planilhas eletrônicas e tratados no software SPSS. No total, 125 mães participaram: tinham, em média, 31,6 anos e 1,78 filhos. A maioria não concluiu o ensino médio (71,2%). O consumo de remédios derivados de plantas foi introduzido, ainda no primeiro mês de vida da criança (27,2%) ou apenas após o primeiro ano (23,3%). As plantas mais usadas foram: *Melissa officinalis* ou Erva-Cidreira (16,2%), *Plectranthus barbatus* ou Boldo (14,5%) e *Matricaria recutita* ou Camomila (13,9%). Os objetivos de tratamento ao usar as plantas foram: Calmante (19,4%), Tosse (16,5%), Dor Abdominal (11,5%) e Resfriados (11,5%). Apenas 16,2% das mães foram informadas de benefícios/males relacionados à fitoterapia por profissional de saúde. Referiram usar quantidade menor de planta ao preparar chás para crianças, e que evitavam fazer associação com outros medicamentos/plantas. É evidente a necessidade de recorrer ao uso de terapias complementares em saúde quando há boa aceitação popular do tratamento, baixo custo e facilitado acesso à terapêutica. Porém, incentivo para Uso Racional destas terapias é necessário para prevenir complicações.

Introdução

É notável e crescente uso da fitoterapia como prática de saúde integrativa em diversos países (SANTOS *et al*, 2011). A utilização de plantas medicinais no Brasil tem como facilitadores a grande diversidade vegetal e o baixo custo associado à terapêutica, o que vem despertando a atenção dos programas de assistência à saúde e profissionais (SANTOS *et. al*, 2011; ROSA *et. al*, 2011).

Apesar de as plantas medicinais já fazerem parte da cultura popular, nas últimas décadas o interesse pela fitoterapia teve um aumento considerável entre usuários da atenção básica. (ROSA *et. al*, 2011). Segundo Alvin (1997), essa maior difusão das terapias complementares e alternativas deve-se, principalmente, aos altos custos e aos frequentes efeitos colaterais da medicina alopática.

Além disso, Haida (2007) propôs que a utilização de plantas medicinais como opção de tratamento e cura tem aumentado em todas as classes sociais das mais diversas regiões do mundo.

Na cultura nordestina é comum o uso de plantas medicinais na preparação de remédios caseiros para tratar várias enfermidades (TORRES, 2005). Frente às doenças prevalentes da infância, a alternativa da utilização de fitoterápicos e plantas medicinais emerge como uma possibilidade acessível e eficiente em suas propriedades, suprimindo as necessidades terapêuticas da população (PONTES, *et al.*, 2006; ALAN, 2003).

Observa-se que o acesso a serviços de saúde por parte de várias populações carentes ainda é bastante limitado. Devido a esse motivo os indivíduos costumam buscar alternativas para tratar doenças que surgem. A crença no poder curativo das plantas acaba contribuindo para que sejam escolhidas como meio de tratamento. O conhecimento popular adquirido por diversas mães serve de subsídio para a utilização de produtos naturais para tratar o filho doente.

A mulher, enquanto mãe assume o papel de cuidadora principal e adota um estilo de cuidar que é herdado dos seus antepassados. Dessa forma utiliza recursos que estão ao seu alcance no intuito de solucionar o problema presente. Nesse cenário surgem as plantas medicinais como meio de tratar as crianças através do conhecimento que foi adquirido pela mesma. O uso de plantas medicinais em crianças, sobretudo nos bebês, é muitas vezes desencadeado por atitude própria das mães, que enquanto cuidadoras se coadunam a efetivar seu papel em momentos em que o bebê se encontra vulnerável a enfermidades. A utilização de chás, compressas, banhos, lambedores de forma indiscriminada, em crianças, poderá lhes trazer serias consequências para a saúde (RANG; DALE, 2001).

O objetivo deste trabalho é trazer uma reflexão acerca das pluralidades terapêuticas frente às disparidades sociais e situacionais relacionadas ao uso da Fitoterapia, enquanto terapia complementar e alternativa. Os dados foram coletados com mães de crianças de 0 a 5 anos, sendo questionadas sobre como tratavam afecções de origens diversas, bem como investigando os objetivos terapêuticos de uso da fitoterapia e a origem do conhecimento adquirido sobre o uso de cada produto, na cidade de Campina Grande (Paraíba, Brasil).

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa transversal, de abordagem quantitativa e caráter exploratório, cujo objeto de análise foram dados coletados por meio de questionário semiestruturado por discentes de Enfermagem, Medicina e Psicologia do PET Conexões de Saberes Fitoterapia: do Conhecimento Popular à Comprovação Científica, vinculado ao Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), em 2013.

Participaram da pesquisa mães de crianças de zero a cinco anos que eram acompanhadas em atendimento de puericultura na UBSF Malvinas 5, na cidade de Campina Grande. Os dados foram digitados em planilhas eletrônicas e trabalhados no software SPSS, versão 17.0.

Todo o processo foi realizado de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da pesquisa com seres humanos, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário Alcides Carneiro sob o protocolo 07730213.6.0000.5182 de 2013.

Resultados e Discussão

No total, 125 mães responderam o questionário: tinham, em média, 31,6 anos de idade e 1,78 filhos por mulher. A maior parte das participantes informou não ter concluído o ensino médio (71,2%), constituindo-se em um grupo com pouca escolaridade.

O consumo de remédios caseiros à base de plantas medicinais foi introduzido, predominantemente, ainda no primeiro mês de idade da criança (27,2%) ou apenas após o primeiro ano de vida (23,3%). Estudos desencorajam o uso da Fitoterapia em menores de dois anos, mesmo com a redução da dosagem do preparado. O consumo precoce de chás pode levar à rápida intoxicação do organismo infantil, devido à imaturidade fisiológica natural desse período, que impossibilita a eliminação satisfatória dos princípios bioativos do corpo.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Crianças com menos de seis meses devem estar em aleitamento exclusivo, evitando inclusive, a oferta de chás, o que pode contribuir para adoecimento da criança, mas nem sempre essas recomendações são observadas (BRASIL, 2003).

No caso de famílias de baixa renda, a fitoterapia pode ser um recurso de tratamento útil para boa parte das afecções comuns da infância, mas a orientação dos profissionais de saúde é indispensável para uma boa prática (COSTA *et al*, 2013). Apenas 13 das mães que participaram deste estudo (16,2%) foram informadas de benefícios e/ou malefícios relacionados ao uso da fitoterapia por algum profissional de saúde. As plantas mais citadas nas entrevistas foram: *Melissa officinalis* L. ou Erva-Cidreira (16,2%), *Plectranthus barbatus* A. ou Boldo (14,5%) e *Matricaria recutita* L. ou Camomila (13,9%).

Os objetivos de tratamento mais desejados ao usar as plantas medicinais, de modo geral, foram: Calmante (19,4%), Tosse (16,5%), Dor Abdominal (11,5%) e Gripes ou Resfriados (11,5%).

Considerando o incentivo da OMS para a valorização e utilização de plantas medicinais desde 1978 no âmbito sanitário e que pelo menos 80% da população mundial depende desse recurso terapêutico, o consumo de plantas com propriedades medicinais é justificável numa realidade onde grupos são desprovidos de recursos adequados para o cuidado em saúde (BRASIL, 2006).

Quando se trata da Saúde da Criança, o saber e as técnicas tradicionais impregnados no pensamento das comunidades populares ensinam uma grande variedade de receitas que prometem a cura de enfermidades várias, mas que, em sua maioria, ainda não possuem validação científica. Por esse motivo os indivíduos costumam buscar alternativas para tratar doenças que surgem em seu meio. A crença no poder curativo das plantas contribui de maneira significativa para que sejam escolhidas como opção terapêutica. Associado a isso está o conhecimento popular adquirido por diversas mães que diante do adoecimento de um filho faz uso desses produtos naturais para tratar o problema em questão (CABRAL, 1995). E é neste cenário que também se insere o uso de plantas com propriedades medicinais (MEDEIROS; CABRAL, 2014).

Estudos demonstram que a população geral acredita que a fitoterapia não pode “fazer mal” à saúde, por se tratar de produtos vindos da natureza. Mas esta realidade não foi percebida neste levantamento, uma vez que as mães referiam usar uma quantidade menor de planta ao preparar chás para as crianças, ou que evitavam fazer associação com medicamentos sintéticos ou outras plantas (BARRETO, 2011).

Conclusão

É evidente a necessidade de recorrer ao uso de terapias complementares em saúde quando há boa aceitação popular do tratamento, baixo custo e facilitado acesso à terapêutica. Porém, incentivo ao Uso Racional destas terapias é necessário para prevenir complicações relacionadas ao mau uso. É necessário que o profissional de saúde responsável esteja capacitado para atender às demandas das comunidades populares das mais variadas maneiras que se apresentam, incluindo terapêuticas complementares e alternativas, principalmente no âmbito de atenção básica à saúde.

Referências

- ALVES, A. R.; SILVA, M. J. P. O uso da fitoterapia no cuidado de crianças com até cinco anos em área central e periférica da cidade de São Paulo. **Rev Esc Enferm USP**, v. 37. n. 4. p. 85-91, 2003.
- ALVIN, A. **A enfermagem e as práticas naturais de saúde: um estudo de representações docentes**. Rio de Janeiro: Grafiline. 1997. 190 p.
- BARRETO, Benilson Beloti **Fitoterapia na Atenção Primária à Saúde: a visão dos profissionais envolvidos** / Benilson Beloti Barreto. – 2011. 93 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) — Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de 2 anos: álbum seriado** / Ministério da Saúde, – Brasília: Ministério da Saúde, 2003
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **A fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- CABRAL, I. E. **As plantas medicinais no cuidar da infância: um guia teórico-prático**. Teresina: EDUPI, 1995.
- COSTA, A. C. P. J. *et al*. Saberes populares no cuidado ao recém-nascido com enfoque na promoção da saúde. **Rev. pesquis. cuid. fundam**. V. 5, n. 2, p. 3626-3635, 2013.
- HAIDA, K. S. *et.al*. Avaliação *in vitro* da atividade antimicrobiana de oito espécies de plantas medicinais. **Arquivo de Ciências da Saúde Unipar**, v. 11, n. 3, p. 185-192, set./dez. 2007.
- MEDEIROS, L. C. M., CABRAL, I E.. O cuidar com plantas medicinais: uma modalidade de atenção à criança pelas mães e enfermeira-educadora. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. V. 9, n. 1, p, 18-26, 2001.
- PONTES, R.M.F.; MONTEIRO, P.S.; RODRIGUES, M.C.S. O uso da fitoterapia no cuidado de crianças atendidas em um centro de saúde do Distrito Federal. **Comun Ciênc Saúde**. v. 17, n.2. p. 129-139. 2006.
- RANG, H. P.; DALE, M. M. **Farmacologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 703, 2001.
- ROSA, C.; CÂMARA, S. G.; BÉRIA, J. U. Representações e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.16, n.1, p.311-318. 2011
- SANTOS, R.L.; GUIMARAES, G.P.; NOBRE, M.S.C.; PORTELA, A.S. Análise sobre a fitoterapia como prática integrativa no Sistema Único de Saúde. **Rev. Bras.PI.Med**. v.13, n.4, p.486-491, Jul. 2011.
- TÔRRES, A.R; OLIVEIRA, R.A.G.; DINIZ M.F.F.M.; ARAÚJO, E.C. Estudo sobre o uso de plantas medicinais em crianças hospitalizadas da cidade de João Pessoa: riscos e benefícios. **Revista Brasileira de Farmacognosia**. V. 15.n. 4. P. 373- 380. Out/Dez 2005.

Agradecimentos

Agradecemos à Coordenação do curso de Bacharelado e Licenciatura em Pedagogia da Universidade Federal de Campina Grande pelo espaço disponibilizado nos anos de 2013 e 2014 para o desenvolvimento de atividades extensionistas e educativas com os discentes do curso. Agradecemos ao financiamento do Ministério da Educação, por meio do Programa de Educação Tutorial (PET) Conexões de Saberes. Agradecemos à Tutora PET Professora Dra. Cristina Ruan Ferreira de Araújo pelo apoio e orientação durante a realização de atividades de ensino, pesquisa e extensão desde 2011. Agradecemos, por fim, aos organizadores do V Seminário Internacional de Promoção da Saúde, pelo espaço para socialização de um saber extensionista válido e útil no cenário nacional.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

POLÍTICAS ACERCA DO USO DA FITOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: COMO ENFERMEIROS E MÉDICOS TRATAM DO ASSUNTO?

Eliene Pereira da Costa – Discente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande. Email: elienepcosta@hotmail.com.

Elizama Leal de Melo Lima – Discente do curso de Psicologia da Universidade Federal de Campina Grande. Email: e.lizama.melo@hotmail.com.

Mayrla de Sousa Coutinho - Discente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande. Email: mayrlaeu98@gmail.com.

Marcelo Italiano Peixoto – Discente do curso de Medicina da Universidade Federal de Campina Grande. Email: celoitaliano@gmail.com.

Monalisa Peixoto Soares - Discente do curso de Psicologia da Universidade Federal de Campina Grande. Email: monalisanatal@yahoo.com.br.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Cristina Ruan Ferreira de Araújo – Tutora do programa de Educação Tutorial/Conexões de Saberes - Fitoterapia da Universidade Federal de Campina Grande. E-mail: profcristinaruan@bol.com.br.

Palavras-chave: Fitoterapia. Plantas medicinais. SUS.

Resumo

Este estudo objetivou avaliar o conhecimento de enfermeiros e médicos sobre as políticas públicas voltadas ao uso da fitoterapia nos Sistema Único de Saúde (SUS), e a crença em relação à sua eficácia no tratamento de doenças. Trata-se de um estudo descritivo, onde foi realizado levantamento de dados através da aplicação de um questionário semiestruturado, onde participaram 25 enfermeiros e 12 médicos, com idades entre 24 e 70 anos, que atuavam em 25 Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade de Campina Grande/PB. Os dados foram analisados de forma descritiva e processados no programa Excel. Os resultados mostraram que apenas 30% dos profissionais pesquisados conhecem alguma política. A respeito da crença na eficácia dos produtos, 92% mencionaram acreditar. Do total de entrevistados, 86% referiram que indicam ou já indicaram a fitoterapia. Constatou-se que as indicações costumam ser baseadas em vários tipos de conhecimentos onde, os mais mencionados foram: livros, revistas e artigos científicos (28%); conhecimento popular (28%); experiência profissional/vivência (15%). O conhecimento adquirido na universidade representou 9% e a formação continuada 7%. Observou-se que 79% das unidades distribuem fitoterápicos industrializados. Apenas 14% das unidades desenvolvem campanhas educativas para uso adequado da fitoterapia. Portanto, conclui-se que as políticas que tratam da fitoterapia no SUS são conhecidas por alguns profissionais, e há uma boa aceitação em relação ao uso da mesma, no entanto, se faz necessário mais divulgação acerca do tema entre os profissionais da atenção primária. Observa-se que é dada pouca atenção à educação continuada, e os profissionais não costumam entrar em contato com a temática durante sua formação acadêmica, devido às grades curriculares dos cursos de graduação não tratarem do tema de forma prioritária.

Introdução

O uso da fitoterapia nos serviços de atenção primária à saúde é uma prática que vem sendo estimulada pelo Ministério da Saúde (MS) nos últimos anos, através da criação de políticas públicas voltadas ao uso de terapias alternativas que oferecem aos profissionais da área mais opções no momento da prescrição de medicamentos.

As leis que regulamentam essas políticas tornam disponíveis opções preventivas e terapêuticas, guiadas através de diretrizes, e tem como principal objetivo garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos. Essas políticas são formuladas com o intuito de unir os saberes científico e popular (SENA et al., 2007).

A exemplos dessas políticas podemos citar a Políticas Nacional de Práticas Alternativas e Complementares (PNPIC), aprovada pela portaria nº 971 de 3 de maio de 2006; Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), aprovada por meio do Decreto Nº 5.813, de 22 de junho de 2006; Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, aprovado através da portaria interministerial nº 2.960 de 9 de dezembro de 2008; e o Programa Farmácia Viva, instituído no Sistema Único de Saúde (SUS) através da portaria nº 886, de 20 de abril de 2010 (BRASIL, 2006; 2008; 2010).

A fitoterapia é um método de tratamento onde se utiliza plantas medicinais em diferentes preparações, não havendo o isolamento de substâncias. Já o fitoterápico é o produto obtido de planta medicinal, ou de seus derivados, exceto substâncias isoladas, com finalidade profilática, curativa ou paliativa. (BRASIL, 2006).

Apesar da existência dessas políticas e do incentivo por parte do SUS, ainda percebemos descrença e certa resistência por parte de alguns profissionais da saúde em relação à prescrição de plantas medicinais e fitoterápicos. Para Brasil (2006), há uma deficiência na formação dos profissionais que indicarão esses produtos.

A fitoterapia representa a cultura de um povo, e muitas das plantas medicinais utilizadas popularmente já apresentam comprovação de sua ação terapêutica. Para que as políticas sejam implantadas se faz necessário à organização de um conjunto de ações que visem preparar os locais que as receberão. Também é importante a realização de orientações acerca dos modelos de atenção que devem ser prestados. Faz-se essencial conhecer o estilo de vida das pessoas e os fatores que podem interferir no processo saúde-doença. (TOMAZZONI et al., 2006).

Diante da existência de políticas públicas que buscam estimular o uso da fitoterapia nos serviços da atenção básica, com o intuito de aumentar o arsenal terapêutico e valorizar a biodiversidade existente em nosso país, este trabalho tem como objetivou avaliar o conhecimento de enfermeiros e médicos sobre as políticas públicas voltadas ao uso da fitoterapia nos Sistema Único de Saúde (SUS), e a crença em relação à sua eficácia no tratamento de doenças.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza quantitativa, onde ocorreu levantamento de dados através da aplicação de um questionário semiestruturado, realizado com 25 enfermeiros e 12 médicos de 25 Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade de Campina Grande/PB, nos meses de Novembro e Dezembro de 2011. As UBS foram escolhidas de forma não probabilística. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), Campina Grande possui uma população de 385.213 habitantes. Segundo a secretaria municipal de saúde, a cidade possui 80 UBSF, localizadas em bairros e distritos. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (protocolo 0326.0.133.000-11). Os profissionais submetidos à entrevista foram esclarecidos a respeito do estudo e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido comprovando sua voluntariedade na pesquisa. Todo o processo foi realizado de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da pesquisa com seres humanos. (BRASIL, 1996). O questionário era composto de itens envolvendo profissão, idade, sexo, conhecimento dos profissionais acerca das políticas que envolvem a fitoterapia, adoção do programa Farmácia viva, utilização de fitoterápicos industrializados, crença dos profissionais a respeito da eficácia do uso de plantas medicinais e fitoterápicos, tipos de tratamentos e referências usadas para as indicações. Os dados foram analisados de forma descritiva e processados no programa Excel.

Resultados e Discussão

Foram entrevistados 37 profissionais, dos quais 25 enfermeiros (68%) e 12 médicos (32%), distribuídos em 25 UBS da cidade de Campina Grande/PB. A idade dos profissionais variou entre 24 e 70 anos. De todos os participantes, 31 eram do sexo feminino e 6 do sexo masculino.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Observou-se que dos 37 profissionais entrevistados, apenas 11 (30%) conheciam as políticas públicas que tratam do uso da fitoterapia no SUS. Desses 11 profissionais, 8 (68%) eram enfermeiros e 3 (25%) eram médicos. A criação de políticas públicas voltadas à fitoterapia visa inserir no setor saúde maiores opções terapêuticas, oferecendo aos profissionais da área mais conhecimento acerca do uso de práticas alternativas no tratamento de doenças.

A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos busca incentivar, através de suas diretrizes, o uso da fitoterapia por parte dos profissionais de saúde e menciona que é necessário o estabelecimento de estratégias de comunicação para divulgação do setor plantas medicinais e fitoterápicos. Para que isso possa ocorrer com maior eficiência é também importante que se estimule os profissionais de saúde e a população ao uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos. (BRASIL, 2006).

Durante a entrevista, aqueles profissionais, que relatavam não conhecer as políticas, foram questionados quanto ao interesse em conhecer, dos 26 (70%) que não conheciam, 25 (96%) relataram interesse pelo assunto. Apenas um médico não demonstrou curiosidade em conhecer as políticas, justificando que, “Não existem estudos científicos que comprovem a eficácia da fitoterapia”.

Em relação à crença na eficácia desses produtos, 96% dos enfermeiros e 83% dos médicos mencionaram que acreditam. O motivo para não acreditar, segundo o médico, seria “Porque não existem estudos científicos que comprovem a eficácia”; de acordo com a médica: “Não acredito porque tenho exemplo de paciente que apresentou complicações com o uso”. A enfermeira não relatou o motivo de sua descrença.

No decorrer da pesquisa 86% dos profissionais referiram que já indicaram e/ou indicam plantas medicinais e fitoterápicos para os seus pacientes. Este resultado converge com os resultados de um estudo realizado por Rosa et al. (2011), onde comprovam que 70,4% dos profissionais pesquisados utilizam a fitoterapia com seus pacientes, e também com o estudo realizado por Espinosa et al. (2008), nos municípios Sancti Spíritus e La Sierpe, em Cuba, onde relata que a maioria dos pesquisados referiram que prescrevem fitoterápicos convencidos de sua eficácia (92,3 % em Sancti Spíritus e 100 % em La Sierpe).

Ao serem questionados sobre os objetivos do tratamento realizado com a fitoterapia, os mais mencionados foram: expectorante (22%), tosse (16%) e queixas intestinais (13%).

Durante a realização do estudo pode-se comprovar que as indicações terapêuticas, feitas por enfermeiros e médicos, costumam ser baseadas em vários tipos de conhecimentos, entre eles, foi relatado o próprio conhecimento popular, representando 28% das referências citadas. Livros, revistas e artigos científicos também representaram 28%. As indicações baseadas na própria experiência profissional/vivência representaram 15% dos conhecimentos que servem de apoio para as indicações. O conhecimento adquirido na universidade e as recomendações do ministério da saúde representaram 9% cada um.

De acordo com Alves e Silva (2003), o profissional da saúde deve estar embasado em conhecimento científico ao indicar o uso de uma planta, pois ele está no papel de um profissional ao fazer a indicação. Os medicamentos fitoterápicos também apresentam risco de reações adversas (ESPINOSA et al., 2008).

Quando questionado aos profissionais quanto ao desenvolvimento de campanhas educativas, na unidade de saúde, no intuito de promover o uso adequado de plantas medicinais e fitoterápicos, apenas os profissionais de 4 unidades (14%) responderam sim. De acordo com o ministério da saúde a elaboração de materiais de divulgação, como cartazes, cartilhas, folhetos e vídeos, visando à promoção de ações de informação e divulgação do tema fazem necessárias. (BRASIL, 2009).

Observou-se que 80% das UBS utilizam fitoterápicos industrializados, dos quais, foram citados o xarope de Guaco, utilizado com expectorante e broncodilatador, e a espinheira Santa, utilizada para tratar dispepsias e como coadjuvantes no tratamento de gastrites e úlcera duodenal. Além desses dois fitoterápicos, o MS também disponibiliza outros medicamentos como: Alcachofra, Aroeira, Cáscara-sagrada, Garra-do-diabo e Unha-de-gato, aprovados pela portaria nº 4.217, de 28 de dezembro de 2010. Todos esses fitoterápicos são destinados para atendimento dos agravos característicos da Atenção Básica, considerando o perfil epidemiológico local/regional (BRASIL, 2010).

Conclusão

Conclui-se que as políticas que tratam da fitoterapia no SUS são conhecidas por alguns profissionais, e há uma boa aceitação em relação ao uso da mesma, no entanto, se faz necessário mais divulgação acerca do tema entre os profissionais da atenção primária. Observa-se que é dada pouca atenção à educação continuada, e os profissionais não costumam entrar em contato com a temática durante sua formação acadêmica, devido às grades curriculares dos cursos de graduação não tratarem do tema de forma prioritária.

Referências

ALVES, A.R.; SILVA, M.J.P. O uso da fitoterapia no cuidado de crianças com até cinco anos em áreas central e periférica da cidade de São Paulo. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 37, n. 4, p. 85-91, 2003.

BRASIL. Portaria nº 971 de 3 de maio de 2008. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 4 maio, 2006. Seção 1, p. 20. Disponível em: www.saude.gov.br/medicamentos > Fitoterapia. Acessado em: 20/06/2011.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Decreto nº 5.813 de 22 de junho de 2006. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 23 jun., 2006. Seção 1. Disponível em: www.saude.gov.br/medicamentos > Fitoterapia, Acessado em: 20/06/2011.

_____. Portaria Interministerial nº 2.960 de 9 de dez. de 2008. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 10 dez., 2008. Seção 1, p. 56. Disponível em: www.saude.gov.br/medicamentos > Fitoterapia. Acessado em: 20/06/2011.

_____. Portaria nº 886, de 20 de Abril de 2010. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 22 abr., 2010. Seção 1, p. 75. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_N_886.pdf. Acessado em: 19/06/2011.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional De Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. 4ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **A fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

_____. Portaria nº 4.217, de 28 de dezembro de 2010. Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Seção 1, p. 74. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/NT_ref_Portaria_4217_atualizada.pdf. Acessado em 21/02/2012.

_____. Ministério da Saúde. Programa **Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 10 out., 1996.

ESPINOSA et al. Conocimientos y opiniones sobre plantas medicinales y medicamentos herbarios de médicos en los municipios La Sierpe y Sancti Spíritus. **Revista Cubana Plantas Medicinai**s, v. 13, n. 1, 2008.

SENA et al. Política Intersetorial de Plantas Medicinais do Estado do Rio Grande do Sul: visão docente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 1, p. 62-69, 2007.

ROSA et al. Representações e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 311-318, 2011.

TOMAZZONI et al. Fitoterapia popular: a busca instrumental enquanto prática terapêutica. Florianópolis: **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 115-121, 2006.

Agradecimentos

Ao Programa de Educação Tutorial/Conexões de Saberes – Fitoterapia.

POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DAS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

Priscyla Queiroz Coelho Ferreira (apresentadora) – Centro Universitário UNINOVAFAPI. E-mail: pamelamatos22@hotmail.com

Thaiana Viana Pereira – Faculdade Santo Agostinho

Pâmela Queiroz Coelho - Centro Universitário UNINOVAFAPI

Maria das Graças Mendes Lopes – Centro Universitário UNINOVAFAPI

Karoline Gomes Nunes – Centro Universitário UNINOVAFAPI

Patrícia Maria Gomes de Carvalho (Orientadora) - Centro Universitário UNINOVAFAPI.

PALAVRAS-CHAVE: HIV/Aids. Promoção da saúde. Políticas públicas.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Introdução: A aids surgiu no Brasil na década de 1980 e em pouco tempo tornou-se um grave problema de saúde pública no país. Em resposta à epidemia da aids o governo brasileiro direcionou como método para diminuição da disseminação do vírus, políticas e conferências de saúde pública que buscavam resolutividade para o elevado índice de incidência da doença. **Objetivo:** Descrever as políticas públicas brasileiras para a promoção da saúde de pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão de literatura, com busca de artigos científicos nas bases de dados da Scielo, Bireme, na Biblioteca Virtual de Saúde do Ministério da Saúde. Para a coleta de dados utilizou-se os descritores HIV/Aids, promoção da saúde e políticas públicas. **Resultados:** Com a evolução do sistema de saúde no Brasil, com a grandiosa contribuição da VIII Conferencia Nacional de Saúde em 1986, foi construída uma nova visão sobre promoção de saúde, e com a criação da Constituição Federal de 1988 e do Sistema Único de Saúde, novos conceitos de saúde, de promoção e melhorias na qualidade de vida dos brasileiros tomaram um novo enfoque. **Conclusão:** Diante do exposto observa-se os avanços do governo brasileiro na implantação de políticas públicas de saúde no intuito de gerar mais promoção da saúde e avançar sempre mais na busca por uma qualidade de vida para a população.

1. Introdução

Inicialmente é importante destacar que a aids trata-se de uma patologia que ataca o sistema imunológico devido à destruição dos glóbulos brancos (linfócitos T CD4+), e a falta desses linfócitos diminui a capacidade do organismo de se defender de doenças oportunistas como a própria aids, causada pela infecção do vírus HIV, onde a pessoa infectada pelo vírus (paciente soropositivo) pode conviver por vários anos com o vírus circulante sem manifestação da doença, porém, são transmissores do vírus através do sangue, secreções, leite materno, transfusão de sangue contaminado e perfuros cortantes contaminados.

A aids surgiu no Brasil no ano de 1980 no século XX e em curto espaço temporário disseminou-se como um grave problema de saúde pública no país. Em resposta à epidemia de aids que ocorreu no término da década de 80 quando as autoridades sanitárias mundiais acreditavam que as doenças infecciosas estavam sob controle, a sociedade brasileira direcionou como método de enfrentamento da doença e tentativa de diminuição da disseminação do vírus, políticas e conferências de saúde pública que buscavam resolutividade para o elevado índice de incidência da doença em questão (BARROS; GUIMARAES; BORGES, 2012).

Nesta perspectiva, o ano de 1980 é reconhecido como marco inicial histórico no Brasil da instalação do vírus HIV, onde a confirmação oficial do primeiro caso da doença em 1982 gerou um pânico na sociedade e foi motivo de preconceito e nessa época ocorreu uma rápida disseminação do vírus aumentando os casos de contaminação e no ano de 1985 a infecção pelo vírus assim como o acometimento pela doença, passam a ser declarados como problema de saúde pública e paralelamente iniciam-se as respostas a essa epidemia (BARROS; GUIMARAES; BORGES, 2012).

As políticas brasileiras correspondentes à promoção da saúde para pessoas vivendo com HIV/Aids surgiram no estado de São Paulo e foram bastante influenciadas pelo Movimento Sanitarista que na época, lutava por melhorias no sistema de assistência a saúde no país e devido às ações desenvolvidas para tal fim, acarretaram com a criação do Sistema Único de Saúde no ano de 1988, pois anteriormente em 1986 ocorreu a VIII Conferencia Nacional de Saúde onde a situação real do país foi bastante avaliada com a construção de políticas públicas com a mobilização social e governamental para a tomada de decisões que possibilitassem uma modificação do cenário de saúde do país (BARROS; GUIMARAES; BORGES, 2012; VILARINHO, M.V; *et al.*, 2013).

Após a regulamentação de diversas leis e portarias, as pessoas infectadas pelo HIV ou já acometidas pela aids, apresentam vários direitos que garantem maior promoção de saúde e qualidade de vida a essas pessoas como o caso das gestantes e parturientes onde as mesmas tem o direito a acesso prévio ao diagnóstico do HIV, regido sendo que, é recomendado que o teste anti-HIV seja oferecido com aconselhamento e consentimento no início das consultas de pré-natal e a repetição do teste no início do terceiro trimestre de gestação, tendo em vista a relevante possibilidade de transmissão vertical do vírus HIV (SILVA; TAVARES; PAZ, 2011).

Outro benefício bastante relevante é a distribuição gratuita de todas as medicações necessárias para o portador do vírus HIV bem como aqueles que se encontram com a patologia instalada, direito esse assegurado pela Lei de Nº 9.313, de 13 de novembro de 1996, que dispõe das formas dessa distribuição e garante promoção de saúde a essas pessoas, pois com maior acessibilidade, entende-se que as pessoas tem maior facilidade de adesão ao tratamento culminando com melhor qualidade de vida, controle da carga viral e diminuição dos efeitos da doença.

Um dispositivo bastante utilizado desde os primórdios da aids é o preservativo, que além de proporcionar uma maior proteção contra infecções pelo vírus HIV (o que implica em uma proteção eficaz, mas que não assegura a proteção em sua totalidade, pois problemas físicos podem ocorrer com o mesmo, bem como o uso incorreto) previne ainda contra gravidez indesejável, no entanto, existe muita resistência por parte de homens e mulheres quanto ao uso regular, principalmente em relações conjugais onde a prevenção de doenças está mais interligada à cumplicidade e fidelidade que ao uso dos preservativos, fato esse bastante preocupante no que diz respeito à ocorrência de relacionamentos extraconjugais (MADUREIRA; TRENTINI, 2008).

1.1 Objetivos

Descrever as políticas públicas brasileiras para a promoção da saúde de pessoas vivendo com HIV/Aids.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo de revisão de literatura, com busca de artigos científicos nas bases de dados da Scielo, Bireme, na Biblioteca Virtual de Saúde do Ministério da Saúde e em outras referências online específicas e relevantes sobre o tema. A análise dos dados nos bancos de dados ocorreu da análise dos conteúdos dos artigos a partir dos seguintes descritores: HIV, promoção da saúde e políticas públicas.

3. Resultados e Discussão

De acordo com a Lei Orgânica da Saúde (Lei Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990), em seu segundo artigo, é mencionado que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, por tanto, o direito a saúde e a promoção da mesma às pessoas contaminadas pelo vírus HIV ou que possuem aids não deve ser excluído em nenhum tipo de assistência aos mesmos.

Com a evolução do sistema público de saúde no Brasil, com a grandiosa contribuição da VII Conferencia Nacional de Saúde em 1986, foi construída uma nova visão sobre promoção de saúde e posteriormente a este evento, com a criação da Constituição Federal de 1988 e com a criação do SUS (Sistema Único de Saúde), novos conceitos de saúde, de promoção e melhorias na qualidade de vida dos brasileiros tomaram um novo enfoque.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

No contexto do HIV/Aids, em 1985 a aids foi reconhecida como problema de saúde pública e neste mesmo ano criou-se o Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde que contemplavam diretrizes, normas e estratégias para serem usadas como forma de enfrentamento para controle da epidemia de aids que se instalava no país, sendo que os principais grupos alvos naquela época eram os homossexuais, hemofílicos e politraumatizados e os usuários de drogas injetáveis (BARROS; GUIMARAES; BORGES, 2012).

As principais políticas de promoção da saúde para pessoas vivendo com HIV/Aids propostas pelo governo brasileiro estão descritas no Quadro 1.

Quadro 1- Principais políticas e as legislações para a promoção da saúde para pessoas vivendo com HIV/Aids propostas pelo governo brasileiro.

Políticas ou Legislação	Descrição
1985- Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde	Diretrizes, normas e estratégias para serem usadas como forma de enfrentamento para controle da epidemia de Aids.
Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, onde a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.
Portaria nº 2.415 MS/GM, de 12 de dezembro de 1996. Portaria nº 2.104 MS/GM, de 19 de novembro de 2002.	Dispõe sobre o direito que as mães soropositivas durante a amamentação tenham apoio necessário para alimentarem seu bebê, sendo encaminhadas a Rede Nacional de Bancos de Leite Humano ou que seja oferecido o aleitamento artificial com fórmulas apropriadas até o segundo ano de vida.
Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996.	Dispõe sobre a distribuição gratuita de todos os medicamentos necessários para o tratamento de pacientes vivendo com o HIV e doentes de aids.
Portaria nº 27 SVS/MS, de 29 de novembro de 2013.	Dispõe sobre a distribuição gratuita de todos os medicamentos necessários para o tratamento de pacientes vivendo com o HIV e doentes de aids.
Portaria nº 3.276 GM/MS, de 26 de dezembro de 2013.	Dispõe sobre abrigos para adultos vivendo com HIV/Aids, onde os mesmos tem direito à abrigo financiado pelo SUS através do Programa Nacional de DST e aids.
Lei nº 12.984 de 2 de junho de 2014.	Dispõe sobre a criminalização de condutas discriminatórias contra pessoas que vivem com HIV e dos doentes de aids.

Como podemos evidenciar no quadro acima, as políticas foram desenvolvidas desde o ano de 1985 com a criação do Programa Nacional de DST/Aids sendo que de todas as políticas uma em especial significou um marco histórico para o país que foi a Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996 que faz referência a distribuição de medicamentos pois o Brasil foi o primeiro país da América Latina a distribuir gratuitamente os medicamentos necessários para o tratamento das pessoas vivendo com HIV/Aids.

Destaca-se as políticas voltadas para a saúde da mulher e a prevenção da transmissão vertical que encontram-se nas portarias de nº 2.415 MS/GM, de 12 de dezembro de 1996 e nº 2.104 MS/GM, de 19 de novembro de 2002, que asseguram que as mães soropositivas durante a amamentação tenham apoio necessário para alimentarem seu bebê, sendo encaminhadas a Rede Nacional de Bancos de Leite Humano ou que seja oferecido o aleitamento artificial com fórmulas apropriadas até o segundo ano de vida.

4. Conclusão

Diante do exposto observa-se os avanços do governo brasileiro na implantação de políticas públicas de saúde no intuito de gerar mais promoção da saúde e avançar sempre mais na busca por uma qualidade de vida para a população.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Frente a tantas políticas voltadas para as pessoas vivendo com HIV/Aids chamamos a atenção para que esses direitos e as próprias legislações, sejam divulgados de forma mais efetiva, pois se faz necessário o conhecimento desta população sobre as legislações que os amparam legalmente .

Neste sentido ressalta-se o compromisso das políticas de promoção da saúde voltadas às pessoas que vivem com HIV/Aids no Brasil em atende-los dentro do amparo legal de forma mais humanizado por parte dos profissionais da área da saúde, minimizando os preconceitos e promovendo mais saúde e melhor qualidade de vida às pessoas vivendo com o HIV/Aids.

5. Referências

BARROS, Nathalia Batista; GUIMARÃES, Celma Martins; BORGES, Ohary de Sousa. **Políticas de saúde e prevenção do HIV/Aids no Brasil 1982-2012**. Estudos, Goiânia, v. 39, n. 4, p. 537- 546 out./ dez. 2012.

BRASIL. Diário Oficial da União. **Lei nº 8080/90**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Brasília DF, 19 de setembro de 1990.

Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>> Acessado em 04 de agosto de 2014.

Legislação Federal da Saúde. Disponível em <<http://www.bvs.saude.gov.br>> Acessado em 05 de agosto de 2014.

MADUREIRA, Valeria Silvana Faganello; TRENTINI, Mercedes. **Da utilização do preservativo masculino à prevenção de DST/Aids**. Cienc. Saúde Coletiva [online]. 2008, vol. 13, n.6. pp. 1807-1816.

SILVA, Onã; TAVARES, Leonor H. Lannoy; PAZ, Leidjany Costa. **As atuações do enfermeiro relacionadas ao teste rápido anti-HIV diagnóstico: uma reflexão de interesse da enfermagem e da saúde pública**. Enfermagem em Foco 2011; 2(supl):58-62.

VILLARINHO, Mariana Vieira, et al. **Políticas públicas de saúde face a epidemia da aids e a assistência as pessoas com a doença**. Rev. Bras. Enferm., Brasília 2013 mar-abr; 66(2): 271-7.

6. Agradecimentos

Agradecemos à professora e orientadora do trabalho acima, Patrícia Maria Gomes de Carvalho do Centro Universitário UNINOVAFAPI, pelo apoio, dedicação e orientações científicas, tornando possível a concretização da pesquisa. Agradecemos ainda à Instituição de Ensino, o Centro Universitário UNINOVAFAPI, pelo incentivo à pesquisa e suporte à iniciação científica durante toda a trajetória do curso.

POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Marília Torres Benevides (apresentador) – Universidade Federal do Ceará. marilia_benevides1@hotmail.com

Thaynara Venancio Bezerra – Universidade Regional do Cariri.

Antonia Thâmara Ferreira dos Santos – Universidade Regional do Cariri.

Evanira Rodrigues Maia(Orientador) – Universidade Regional do Cariri.

Palavras-chave:Pessoas com deficiências. Políticas públicas. Legislação. Serviços de saúde

Resumo

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Revisão integrativa de literatura, em publicações de 2007 a 2013, que objetivou analisar a produção científica referente as políticas públicas que amparam as pessoas com deficiência e identificar as dificuldades de inclusão que essas pessoas enfrentam e o impacto que essas políticas têm promovido em suas vidas. Coletaram-se do Portal da Biblioteca Virtual em Saúde nos portais LILACS, BDENF e BBO utilizando-se os descritores: políticas públicas, serviços de saúde e legislação em cruzamento com o descritor pessoas com deficiência. A busca ocorreu nos meses de março a maio de 2014 e identificou-se 46 artigos, que, observados critérios de inclusão: ano de publicação, estudos disponíveis na íntegra, idioma em português e exclusão: artigos repetidos, resenhas, anais de congresso, artigos que não abordaram diretamente o tema, resultou em oito artigos completos. A análise dos dados conformou uma categoria que mostra o impacto positivo da implantação de políticas públicas na vida das pessoas com deficiência. No entanto, ressalte-se que a aplicação da lei esteja atrelada ao incentivo as mudanças de valores e atitudes da sociedade. Pois, os estudos apresentam conclusão sobre a necessidade de estudos sobre as limitações e o perfil das pessoas com deficiência. Conclui-se que existem lacunas na produção sobre a temática, o que gera a necessidade da realização de estudos, a fim de conhecer a realidade em que as pessoas com deficiência estão inseridas, para que se possa contribuir em sua qualidade de vida e saúde.

Introdução

A população brasileira, nos dias atuais vivencia uma etapa de efervescência ao que tange aos movimentos sociais que demandam usufruto de direitos conquistados, nem sempre respeitados. Isso é consequência da lógica capitalista que sustenta a exclusão social das pessoas menos favorecidas. Dentre essas pessoas estão incluídas aquelas com deficiência. De tal modo que, políticas públicas de inclusão social da pessoa com deficiência (PcD) é um instrumento de efeito a longo prazo, envolve vários atores no campo das decisões e requer implementação, execução e avaliação ⁽¹⁾.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o Brasil apresenta uma população composta por 24 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência. Essas pessoas estão submetidas a vários obstáculos que impedem sua integração social tais como as barreiras arquitetônicas, sociais e autorrecreativas, estas impedem o acesso as ruas, locais de lazer, cultura e ao trabalho ⁽²⁾.

Contudo, desde os anos 50 do século XX, iniciou-se um processo de transformação na vida das PcD, com o reconhecimento dos direitos dessas pessoas ⁽³⁾. Ademais, o conceito relativo às PcD começou a evoluir. As reflexões sobre as limitações que experimentam as PcD, a concepção e a estrutura do meio ambiente e a atitude da população em geral com relação à questão contribuíram com o processo. Um marco na luta em defesa dos direitos da PcD foi a declaração da Organização das Nações Unidas (ONU) que fixou em 1981 como o Ano Internacional da Pessoa Deficiente. Aquele ano teve como resultado a aprovação de um documento que ressalta o direito dessas pessoas de oportunidades idênticas às dos demais cidadãos ⁽⁴⁾.

No Brasil o resultado foi a promulgação da Lei nº 7.853/89, que garante o acesso à saúde, educação, habilitação e reabilitação, trabalho, cultura, desporto, turismo e lazer da PcD ⁽⁵⁾. No entanto, mesmo estabelecendo-se que as PcD sejam tratadas com equidade e integralidade, sabe-se que uma boa parte das PcD possuem baixa escolaridade, baixa renda, baixa qualificação, não recebem isenção de impostos e não têm acesso adequado à serviços de saúde ⁽⁶⁾.

Apesar do reconhecimento dos benefícios resultantes das iniciativas de legislações e políticas públicas para a promoção da inclusão social das pessoas com deficiência, ainda verifica-se dificuldades que essas pessoas possuem em ter acesso aos seus direitos na área da saúde, mercado de trabalho e educação.

Esse estudo objetiva analisar a produção científica que trata das políticas públicas que amparam as pessoas com deficiência, e assim identificar as dificuldades de inclusão que essas pessoas enfrentam e os impactos que essas políticas têm promovido em suas vidas.

Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, adotando o método de Ganong ⁽⁷⁾, que proporciona a síntese de conhecimentos e a incorporação da aplicabilidade de resultados e estudos significativos na prática ⁽⁸⁾.

Esse tipo de estudo é um método de análise específica que resume literaturas empíricas ou teóricas proporcionando uma compreensão mais abrangente de um fenômeno. Logo, tem o potencial de apresentar o estudo da ciência, a fim de contribuir para o desenvolvimento da teoria, e possui aplicabilidade direta à prática e a política ⁽⁹⁾.

Para que seja considerada uma pesquisa, a revisão de literatura deve seguir rigorosamente a pesquisa primária. Seguindo esse método de análise, foram consideradas as seis etapas indicadas para a constituição da Revisão Integrativa da Literatura: escolha do tema, objetivos e identificar palavras-chave; definição dos critérios de inclusão do estudo e seleção da amostra, extração das informações, representação dos estudos selecionados em formato de tabelas, considerando todas as características em comum; análise crítica dos achados, identificando-se diferenças e conflitos; interpretação dos resultados; e reportar-se de forma clara a evidência encontrada.

A busca pela literatura ocorreu na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nos meses de março e maio de 2014. As bases de dados da literatura científica foram: Literatura Latino – Americana e de Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), bases de dados da enfermagem (BDENF), Board Brasileiro de Ortodontia (BBO). Os descritores foram selecionados a partir da consulta na terminologia em saúde nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS-BIREME); são eles: “políticas públicas”, “serviços de saúde” e “legislação” que foram relacionados com o descritor “pessoas com deficiência”. A busca considerou as publicações dos últimos sete anos e resultou em 46 estudos.

A partir da leitura dos resumos, conforme a pertinência e consistência do conteúdo foram observados os seguintes critérios de inclusão: ano de publicação de 2007 a 2013, estudos disponíveis na íntegra, idioma em português. Foram critérios de exclusão: artigos repetidos, anais de congresso, artigos que não abordaram diretamente o tema deste estudo. Por fim, após essa etapa, procedeu-se a análise de oito estudos completos.

Elaborou-se um quadro para organização da análise dos artigos contendo os itens: autores, ano, classificação do estudo, periódico e objetivo. No que se refere ao impacto das políticas públicas na vida das pessoas com deficiência. Os resultados foram discutidos e sustentados com literaturas relacionadas à temática.

Resultados e Discussão

Através da análise dos textos selecionados, tem-se, que os oito estudos são resultados de pesquisas. Em relação ao ano de publicação, um artigo foi publicado em 2007 ⁽⁶⁾, dois em 2008 ⁽¹⁾, ⁽¹⁰⁾, três em 2009 ⁽¹¹⁾, ⁽¹²⁾, ⁽¹³⁾, um em 2011 ⁽¹³⁾ e um em 2012 ⁽³⁾, mostrando que há lacunas de publicações na sequência de anos pesquisados. Quanto ao tipo de estudo, foram assim classificados: revisão bibliográfica ⁽¹⁾, estudo quantitativo ⁽¹⁰⁾, descritivo exploratório ⁽³⁾, qualitativo ⁽¹¹⁾, ⁽¹²⁾, descritivo quantitativo ⁽³⁾, análise documental ⁽¹³⁾, ⁽¹⁴⁾.

Quadro 1 – Síntese dos textos segundo autores, ano de publicação, classificação do estudo, periódico e objetivo

Autor	Ano	Classificação do Estudo	Periódico	Objetivo
Inácio Sátiro Xavier da França, Lorita Marlena Freitag Pagliuca, Rosilene dos Santos Batista	2008	Revisão Bibliográfica	Acta Paul Enferm	Investigar o impacto da PNIPPD (Política Nacional de Integração da Pessoa Portadora de Deficiência) no Brasil e os aspectos evidentes no discurso acadêmico
Michelle Vilaça Lino, Cristina Barros da Cunha	2008	Estudo quantitativo	Pesquisas e práticas psicossociais	Verificar o que as pessoas pensam a respeito de sua inserção no mercado de trabalho, após obrigatoriedade da lei
Liliane Cristina Gonçalves Bernades, Tereza Cristina Cavalcante Ferreira de Araújo	2012	Descritivo e exploratório	Ciência & Saúde Coletiva	Analisar a percepção de conselheiros e gestores públicos a cerca da deficiência
Rosé Colom Toldrá	2009	Qualitativo	Terapia ocupacional	Refletir a cerca da opinião das pessoas com deficiência a respeito da legislação referente a reserva de vagas no mercado de trabalho
Cíntia Raquel Bim, Bruno Silva Benato, Taísa Krugner Vicentim	2007	Descritivo Quantitativo	Ciência, Cuidado e Saúde	Caracterizar os deficientes atendidos pelo Programa Saúde da Família do município de Guarapuava- Paraná
Aline Aparecida Veltrane, Eunicéia Gonçalves Mendes	2011	Análise documental	Paideia	Descrever e analisar as recomendações oficiais do Ministério da Educação para identificação da deficiência intelectual em escolares
Simone Cristina Fanhahi Marins, Thelma Simões Matsukura	2009	Quantitativo	Revista Brasileira de Educação Especial	Identificar a percepção de gestores da área de educação especial de cidade de SP
Maria Nazaré de Oliveira Fraga, Antonia Félix de Sousa	2009	Análise documental	Revista eletrônica de Enfermagem	refletir sobre como a sociedade brasileira vem se comportando em relação a essas pessoas, tomando por base as políticas públicas voltadas a esse segmento

A partir da análise dos artigos, constatou-se uma boa parte^{(1), (3), (6), (11), (14)} foram publicados em periódicos da área da saúde. Entretanto, a produção científica na área da saúde relacionada à políticas públicas que amparam pessoas com deficiência ainda precisa ser incrementada no Brasil.

Dificuldades de inclusão da pessoa com deficiência

Os resultados mostram que a inclusão da PcD requer adaptação e apoio institucional, dos espaços públicos e privados em face das diferenças e das necessidades individuais dos sujeitos com deficiência e necessidades especiais⁽¹⁵⁾. De acordo com mais de 75% dos conselheiros e gestores públicos que foram entrevistados em um dos estudos a construção e aplicação de políticas públicas envolve atividade e decisão política dos governos, que buscam satisfazer as demandas que lhes são dirigidas⁽³⁾.

Contudo, as políticas públicas voltadas para os serviços de saúde no que diz respeito ao acesso e qualidade ainda apresentam problemas. Pois, há uma grande necessidade de operar com a integralidade que busque uma aproximação mais fecunda para explorar as situações de vulnerabilidade as quais as pessoas com deficiência estão submetidas, que muitas vezes passam invisíveis aos serviços de saúde devido a ausência da abordagem pelos profissionais da área^{(11) (16)}.

Outro ponto que interfere no acesso à saúde diz respeito ao conflito que há entre o ordenamento jurídico que garante o acesso das pessoas com deficiência, e os pressupostos da NBR9050 que estabelece parâmetros e padrões de acessibilidade arquitetônica⁽¹⁷⁾. Sendo que ainda, há existência de sérios problemas no espaço urbano que interferem na circulação das pessoas com deficiência ⁽¹⁸⁾.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Já no âmbito do mercado de trabalho a opinião das pessoas com deficiência defende que mesmo com a existência de leis voltadas para a inserção dessas pessoas na vida profissional ainda existe uma grande barreira, o preconceito. Este por sua vez, está relacionado com a capacidade produtiva da pessoa com deficiência tendo em vista o nível competitivo ao qual orienta o mundo empresarial. Logo, é perceptível que há uma real necessidade de investir na qualificação profissional e na garantia de um suporte social que facilite a estes indivíduos a ocupação de cargos sob o qual o perfil profissional seja compatível com suas habilidades e demandas da empresa^{(10), (11)}.

Em relação a educação dois estudos apontam que as dificuldades se encontram na negligência da necessidade de identificação, e favorecem a avaliação para o ensino pelos profissionais da própria escola, que utilizam critérios subjetivos, e talvez arbitrário, a fim de definir quais alunos têm deficiência intelectual e irão se beneficiar de serviços especializados. Isso decorre da pouca atuação de equipes multiprofissionais e da ausência do envolvimento da esfera estadual em ações para a educação especial^{(12), (13)}.

Diante disso tem-se que a aplicação da lei deve estar atrelada com as mudanças de valores, atitudes e conceitos da sociedade para que ocorra sua real efetivação^{(10), (14)}.

Transformações e impactos promovidos pelas políticas públicas

Conforme o estudo que investigou o impacto da PNIPPD (Política Nacional de Integração da Pessoa Portadora de Deficiência) no Brasil, tem-se que já houve um avanço significativo na qualidade de vida da PcD. Isso é resultado da mobilização ocorrida na área da saúde, educação e mercado de trabalho. Logo, essa mobilização é consequência do avanço no processo de politização dos sujeitos sociais de maneira tal que o Estado assumiu a responsabilidade cívica e a obrigação ética de desenvolver políticas públicas de proteção social destinadas a atender as demandas dessas pessoas⁽¹⁾.

De fato, é notória a contribuição que a legislação promoveu na conquista do direito ao trabalho, saúde, educação que deu uma maior visibilidade social das necessidades das pessoas com deficiência.

Na área da saúde, a política de integração da pessoa com deficiência assegura assistência integral e reabilitação, garante gratuitamente órteses, próteses, bolsas coletoras e materiais auxiliares, que complementem o atendimento e aumentem as possibilidades de independência e inclusão.

Já na área do trabalho garantiu um aumento da inserção das pessoas com deficiência ao mercado de trabalho, pois na percepção da PcD a lei é de suma importância para que as empresas abram as suas portas para elas⁽⁵⁾.

Ademais na educação vem ocorrendo um avanço significativo ao considerar a deficiência intelectual como algo que deve ser multidimensionalizado e não apenas centrado no aluno. E, o conhecimento da legislação na esfera municipal tem contribuído significativamente para formação, capacitação continuada e apoio para professores, além de transporte, acessibilidade e alguns materiais para o atendimento da educação especial no ensino regular^{(12), (13), (14)}.

Conclusão

A literatura pesquisada mostra o progresso considerável que já ocorreu ao que diz respeito em melhorar a qualidade de vidas das pessoas com deficiência. Isso é consequência da implantação e implementação de políticas públicas voltadas a esse segmento da sociedade.

A pesquisa aponta a necessidade de identificação das pessoas com deficiência para que possam receber uma assistência adequada. E, ainda a adoção de uma postura por parte dos profissionais da saúde que vise abordar a pessoa com deficiência em sua integralidade. Para que assim exista uma maior atenção às vulnerabilidades as quais essas pessoas podem estar submetidas.

Em suma, evidencia-se a existência de uma lacuna na produção sobre a temática, isso gera a necessidade da realização de estudos, a fim de conhecer a realidade em que as pessoas com deficiência estão inseridas, para que se possa contribuir em sua qualidade de vida e saúde.

Referências

- França ISX, Pagliuca LMF, Baptista RS. Política de inclusão do portador de deficiência: possibilidades e limites. *Acta Paul Enferm* 2008;21(1):112-6.
- A inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho. – ed. – Brasília: MTE, SIT, 2007.
- Bernardes LCG, Araújo TCCF. Deficiência, políticas públicas e bioética: percepção de gestores públicos e conselheiros de direitos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012 17(9) 2435-2446.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. rev. atual. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.
- Brasil. Decreto n. 3.298 de dezembro de 1999. [home pag na internet] POLÍTICA NACIONAL PARA A INTEGRAÇÃO DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA - DECRETO LEI N. ° 3.298, REGULAMENTA A LEI N. ° 7.853, DE DEZEMBRO DE 1989, DISPÕE SOBRE A POLÍTICA CONSOLIDA AS NORMAS DE PROTEÇÃO E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS. [acesso em 24 abr 2014] Disponível em: < <http://www.pucpr.br/> >
- Bim CR, Benato BS, Vicentim TK. PERFIL DOS DEFICIENTES ATENDIDOS PELO PROGRAMA DESAÚDE DA FAMÍLIA, DO MUNICÍPIO DE GUARAPUAVA-PARANÁ. *Cienc Cuid Saude* 2007;6(Suplem. 2):390-396
- Ganong LH. Integrative review of nursing research. *ResNursing Health*.1987;10(1):1-11.
- Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer? *einstein*. 2010; 8(1 Pt 1):102-6
- Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005 Dec;52(5):546-53.
- Lino MV, Cunha CB. Uma questão de cota? Como as pessoas com deficiência percebem sua inserção no mercado de trabalho. *Pesquisas e Práticas Psicossociais* 3(1), São João del-Rei, Ag. 2008
- Rosé CT. Políticas afirmativas: opinião das pessoas com deficiência a cerca das legislação de reserva de vagas no mercado de trabalho. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*. 2009; 20(2): 110-117
- Marins SCF, Matsukura TS. Avaliação de políticas públicas de inclusão no ensino fundamental. *Rev. Bras. Ed. Esp.*, Marília. 2009; 15(1):45-64.
- Veltrane AA, Mendes EG. Descrição das propostas do Ministério da Educação na avaliação da deficiência intelectual. *Paidéia*. 2011; 21(50): 413-421
- Fraga MNO, Sousa AF. Políticas públicas para pessoas com deficiência no Brasil: o desafio da inclusão social. *Rev. Eletr. Enf*. 2009;11(2):418-23
- Pagliuca LMF, Maia ER. Competência para prestar cuidado de enfermagem transcultural à pessoa com deficiência: instrumento de autoavaliação. *Rev Bras Enfem*. 2012; 65(5): 849-855

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Nicolau SM, Schraiber LB, Ayres JRCM. Mulheres com deficiência e sua dupla vulnerabilidade: contribuições para a construção da integralidade em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18(3): 863-872.

França ISX et al. Violência simbólica no acesso das pessoas com deficiência às unidades básicas de saúde. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(6): 964-970.

Aragão AEA et al. Instalações sanitárias, equipamentos e área de circulação em hospitais: Adequações aos deficientes físicos. *Rev. RENE*, 2008; 9(1): 36-44.

Agradecimentos

Agradeço à FUNCAP (Fundação Cearense de Apoio Científico e Tecnológico) por financiar esse estudo.

POPULAÇÃO DE RUA: NECESSIDADES DE SAÚDE E ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS.

Caique Farias de Lavor Firmeza – Universidade de Fortaleza – caiquedelavor@gmail.com

Raymari Dias Almeida – Universidade de Fortaleza – marydiasubr@hotmail.com

Hugo Teixeira Holanda – Universidade Estadual do Ceará – hugotholanda@hotmail.com

Palavras-chave: População de rua. Serviços de saúde. Acesso aos serviços de saúde

Resumo

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Este trabalho tem como objetivo apresentar as formas de promovermos a saúde da população em situação de rua, na qual é marginalizada e não tem um suporte básico de saúde, além de mostrar a atuação da Atenção Primária, que é a porta de entrada do SUS, e sua relação com essa população. A condição de viver na rua também é penalizada e discriminada pela culpabilização que a sociedade tende a atribuir a essas pessoas pela sua condição. Assim sendo, é preciso reconhecer a pessoa em situação de rua, como um sujeito desejante que deve tornar-se protagonista da sua própria saúde e existência.

Introdução

A Constituição Brasileira de 1988 foi chamada de constituição cidadã, por ter garantido direitos fundamentais, como direito à vida, à liberdade, à dignidade e direitos sociais, como saúde, a educação, o trabalho (SANTOS, 2014, p. 44).

Segundo Tavares (2014, p.55) com constituição de 1988 surge o arcabouço jurídico do SUS. No qual o artigo 196 sintetiza parte considerável da luta pela reforma sanitária ao afirmar que:

[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2011 apud TAVARES, 2014).

Mais na verdade o que é saúde? Para Pereira, Pedrosa e Dantas (2014, p.14), saúde é o resultado de todos estes elementos, compreendo também fatores estritamente individuais como sexo, a herança hereditária até questões como condições de habitação, desemprego, produção de alimentos e questões ainda mais globais como condição geral, econômica e ambiental existente.

E equidade? Para Tavares, Pedrosa e Dantas (2014, p.6):

A equidade nasce da ampliação do conceito de saúde e da luta pelo direito à saúde por parte de movimentos sociais. Sua reivindicação é a oposição à condição de iniquidade. A noção de equidade tem como fundamento a defesa da situação de justiça a ser instaurada mediante a denúncia de desigualdades concretas.

Assim surge o tema sobre a saúde da população em situação de rua, pois é sem dúvida um desafio permanente para os usuários da saúde, assim como para os trabalhadores e para a sociedade em geral. Pois se trata de um grupo que pouco conhecemos e que é excluído de seus direitos sociais e humanos (MARQUES; OLIVEIRA; LEAL, 2014, p. 219). Cabendo ao Estado e à sociedade fortalecer as políticas públicas que deem suporte, o acolhimento e o cuidado em saúde a este grupo social, também constituído por cidadãos brasileiros (MARQUES; OLIVEIRA; LEAL, 2014, p. 219).

Segundo Marques, Oliveira, Leal (2014 apud BRASIL, 2009, p.220), população em situação de rua é para o Decreto 7.053:

[...] grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.

Assim para Marques, Oliveira, Leal (2014 apud BRASIL, 2012, p.221), existe diversos fatores motivadores para a existência da população de rua, como: fatores estruturais (falta de moradia, a inexistência de trabalho e renda, etc), fatores biológicos (alcoolismo, uso de drogas) e desastres de massa e/ou naturais.

Metodologia

Essa pesquisa foi desenvolvida durante o período de julho e agosto de 2014. Adotamos neste projeto um levantamento bibliográfico fundamentada na análise de estudos científicos e fascículos de um curso promovido por um jornal de grande circulação no estado do Ceará, relacionados à promoção a promoção da saúde da população em situação de rua. A pesquisa é qualitativa no qual se buscou a abordagem temática do tema. Após a leitura dos artigos e fascículos de selecionados de 2010 a 2014, obtivemos uma visão geral sobre o assunto, por conseguinte consideramos o que seria de interesse para o nosso artigo. Depois de selecionados foi feita a releitura descritiva e análise dos assuntos abordados, onde foram delimitados os textos a serem interpretados em seguida, destacando as partes de interesse ao tema.

Resultados e Discussão

A população de rua encontra-se vulnerável a situações de riscos, agravos por doenças, conflitos gerados por acidentes e uso de substâncias químicas que comprometem a sua saúde, citemos algumas condições que podem comprometer a saúde de um cidadão: Cobertura limitada dos serviços de saúde, HIV, DST, Ausência de cuidados e Uso de substâncias tóxicas. Isto pode ser também um dos fatores que podem influenciar a uma pessoa a ter vergonha e fugir de casa para morar na rua, neste caso, o cidadão fica livre a fazer o bem entender, em alguns deles, sabem que esta prejudicando o próprio corpo com o uso de substâncias tóxicas, porem, não consegue uma oportunidade para o tratamento e acompanhamento para se livrar o vício. (AMED

ALI & DOMINGOS,et, al 2012)

As condições adversas de sobrevivência dos moradores de rua podem, também, desencadear sofrimento mental. Esses sujeitos podem manifestar distúrbios psicóticos agudos e também outros sintomas como: apatia, retardo psicomotor e déficit de memória, decorrentes de toda a adversidade que estão submetidos, a própria condição de morar na rua é uma situação que contribui para o consumo excessivo de álcool, fato que agrava cada vez mais a sua situação, torna-os mais vulneráveis a acidentes, a problemas físicos e mentais relacionados ao abuso/dependência de álcool. Esses fatores podem levar esses

sujeitos a negligenciarem com a sua saúde e não procurarem um serviço de saúde(Botti. N.C.L, et al, 2011)

A Atenção Básica tem como um dos seus princípios, possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde. Neste ponto de atenção, as ações são desenvolvidas em um território geograficamente 3

conhecido, possibilitando aos profissionais de saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e os seus vínculos. Neste caso, podemos ter um conhecimento melhor sobre os problemas de saúde, além do melhor planejamento dos atos que serão posto em pratica para o bem da população.

Como muitos moradores de rua não tem conhecimento sobre o SUS, é interessante elaborar material informativo sobre as redes de atenção de saúde, alertar sobre os sintomas das principais doenças, além dos métodos simples do autocuidado. Isto pode preservar um pouco a saúde dos moradores de rua. (CARNEIRO JR. et.al., 2012)

Conclusão

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Ao longo dos últimos anos foi possível identificar uma cultura própria da rua, num contexto de liminaridade social e econômica (Turner, 2012), a própria vivência nas ruas traz uma conotação de doença e, igualmente, com a convivência com as adversidades do tempo, quanto aos hábitos de vida, à vida na rua, acompanhando as tendências das novas interações sociais que adquiriram. Quanto às doenças, os problemas psiquiátricos surgiram nas falas, assim como no uso de álcool e de drogas, a violência e o preconceito que sofrem.

Não se deve encará-los como sujeitos homogêneos, colocando valores morais e retirando-os das ruas; todavia, é obrigatório apontar-lhes caminhos para uma sobrevivência mais saudável. Estabelecendo políticas públicas universais, como o SUS, considerando o princípio de equidade, que significa estabelecer procedimentos, formas de atendimento e diagnóstico flexíveis que considerem inclusive a atenção extramuros ou em meio aberto estendendo o serviço de saúde a essa população. E, acima de tudo, os serviços de saúde precisam estar mais preparados para cuidar desse grupo, diminuindo os atos burocráticos, pois estes, muitas vezes, impedem a execução do cuidado.

Referências

ADORNO, R.C.F; **Atenção à saúde, direitos e o diagnóstico como ameaça: políticas públicas e as populações em situação de rua**, Etnográfica, São Paulo, v.15, n.3, p 543-567.

JUNIO, N. C; JESUS, C.H; CREVELIM, M.A. **A Estratégia Saúde da Família para a Equidade de Acesso Dirigida à População em Situação de Rua em Grandes Centros Urbanos**, Saúde Soc, São Paulo, v.19,n.3, p 709-716, 2010.

MARQUES, M.F; OLIVEIRA, R.F; LEAL, M.L.P. **Saúde da População em situação de rua**. Promoção da Equidade no SUS, Fortaleza, f. 10, p. 218-239, 2014

MORAIS, N.A; AQUINO MORAIS, C; REIS, S; & KOLLER, S. H. (2010). **Promoção de saúde e adolescência: um exemplo de intervenção com adolescentes em situação de rua**. Psicologia & Sociedade, 22(3), 507-518.

PEREIRA, E.D.S; PEDROSA, J.I; DANTAS, V. **Equidade no SUS**. Promoção da Equidade no SUS, Fortaleza, f.1, p. 2-23, 2014.

SANTOS,L. **Organização Sociopolítica do Brasil**. Promoção da Equidade no SUS, Fortaleza, f.2, p. 26-47, 2014.

TAVARES, S. **Sistema Único de Saúde**. Promoção da Equidade no SUS, Fortaleza, f. 3, p. 50-70,2014.

Agradecimentos

Queria agradecer primeiramente à Deus, por nos conceder sabedoria e discernimento para construir esse trabalho, aos nossos pais por nos apoiar na vida, a Universidade de Fortaleza, por nos fornecer meios para construir este artigo, aos nossos professores e monitores.

POR QUE AINDA INSISTO NA TERAPIA COMUNITÁRIA: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA FORMATIVA E PRÁTICA

Rosângela Gomes dos Santos – Escola de Saúde Pública do Ceará / rosangela.rgs@gmail.com

Érika Guidetti – Escola de Saúde Pública do Ceará

Ítala Maria de Queiroz Maia – Escola de Saúde Pública do Ceará

Palavras-chave: Terapia Comunitária.Comunidade.Saúde.

Resumo

Este artigo é fruto de uma experiência formativa e prática de profissionais da Residência Integrada em Saúde com a Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa, no município de Horizonte, Ceará. O objetivo dessa experiência foi de proporcionar novas formas de cuidado para e com a comunidade, trazendo para esta o lugar de autora do seu próprio cuidado. A aplicação das rodas de terapia comunitária nas

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

unidades básicas de saúde trouxe uma nova alternativa de fazer saúde ao proporcionar o fortalecimento de vínculos, descoberta de vulnerabilidades, identidade, empoderamento, criação de estratégias, culminando com a união da população adscrita. Uma experiência singular para os atores deste processo formativo e para a comunidade.

Introdução

O que define saúde no século XXI? O que é ofertado para a população como promoção prevenção e tratamento em saúde? Essas são perguntas norteadoras e fundamentais para compreender esse estudo.

Longe do conceito de saúde como simples ausência de doença, esta é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS,1946) como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade.” O olhar ampliado desse conceito norteia a política do país, tendo como base a organização social e econômica do Estado, considerando seus determinantes e condicionantes, bem como o acesso da população a bens e serviços essenciais. (BRASIL, 1990).

Com o conceito ampliado de saúde, a promoção, a prevenção e o tratamento também ganham outra conotação. Na década de 1980, inicia-se o processo de legitimação de diferentes abordagens no campo da saúde. As abordagens inovadoras têm como foco oferecer um cuidado que vai além da clínica médica e assistência medicamentosa. Volta-se para a prevenção de agravos e a recuperação de saúde com o uso de tecnologias diferenciadas, como a escuta acolhedora, o vínculo terapêutico e a valorização da integração do homem com o espaço em que vive.

Com essa nova forma de cuidado, é criada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, considerando o indivíduo como um todo, integrando-o com o ambiente e com as suas relações. As práticas integrativas são uma alternativa para promoção e tratamento na atenção básica. Dentre as práticas, temos a Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa (TCI) (BRASIL, 2014). A TCI foi desenvolvida pelo Prof. Dr. Adalberto de Paula Barreto, docente do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Ceará (UFC), que vem trabalhando com essa temática desde 1987. O professor é reconhecido internacionalmente por ser o criador e divulgador da técnica presente nos 27 estados brasileiros com 30 polos formadores, distribuídos no país, e um coletivo que já ultrapassa 13.000 terapeutas comunitários formados por meio de parcerias com a Associação Brasileira de Terapia Comunitária (ABRATECOM, 2014). A TCI encontra-se também em países como França, Suíça e Uruguai (MORAIS, 2010).

A Terapia Comunitária é centrada na reflexão do sofrimento causado pelas situações estressantes, digerindo uma ansiedade paralisante que traz riscos para a saúde da população. Procura promover a saúde em espaços coletivos e deixar que a patologia seja tratada individualmente pelos especialistas. A Terapia Comunitária valoriza as histórias de vida dos participantes, o resgate da identidade, a restauração da autoestima e da confiança em si, a ampliação da percepção dos problemas e das possibilidades de resolução a partir das competências locais, ou seja, torna o indivíduo mais autônomo e independente. Trata-se de um instrumento valioso de intervenção psicossocial na saúde pública; um espaço de acolhimento, de escuta, palavra e vínculo; além de configurar um espaço de atendimento em nível primário, permitindo que só afluam para os níveis secundários aqueles que, de fato, precisam (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). A escuta das histórias de vida de cada pessoa concorre para que todos se tornem co-responsáveis pela superação dos desafios do dia-a-dia, despertando para a solidariedade e partilha, valorizando-se a dinâmica interna de cada ser humano, bem como sua capacidade de transformação social e coletiva, promovendo uma cultura de paz, podendo esta ser pautada na experiência da espiritualização (ANDRADE, 2010).

A experiência que ora relatamos nesse artigo vem de uma proposta da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), no ano de 2013, que ofertou a formação em Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa (TCI) para os profissionais aprovados na seleção para a Residência Integrada em Saúde – RIS. Os profissionais da residência tiveram a oportunidade de levar para as comunidades e equipes de serviço um olhar integral sobre o indivíduo, sobre o processo de saúde-doença. Foi-nos ofertado um olhar além da situação aparente, proporcionando um cuidado ampliado de valorização do sujeito e de autonomia no cuidado.

Este trabalho tem como objetivo relatar a experiência de implantação da prática da Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa pelas profissionais residentes no município de Horizonte, elencando os desafios, as conquistas e as descobertas que culminaram com a construção de laços e vínculos comunitários.

Metodologia

O presente estudo foi do tipo exploratório e qualitativo desenvolvido na Unidade Básica de Saúde Mangueiral e Planalto Horizonte II e III, no município de Horizonte, no Estado do Ceará, a 49 Km da capital. Iniciou a partir da proposta formativa da TCI lançada pela Residência Integrada em Saúde (RIS), promovida pela Escola de Saúde Pública do Ceará.

No ano de 2013, mais precisamente no mês de maio, teve início, na Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), a formação em Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa (TCI), ofertada para os profissionais aprovados na seleção para a Residência Integrada em Saúde – RIS. As duas formações aconteceram de forma paralela, ofertada para todos os profissionais residentes dos municípios que aderiram à residência.

A oferta da formação para terapeutas comunitários teve início com um dia de sensibilização e posteriormente com o levantamento de interesse do grupo para identificar a adesão dos interessados. O interesse pela formação foi de mais de 82% dos profissionais residentes (173 residentes do total de 222), sendo elaborado calendário acadêmico para a realização dos encontros.

Os momentos formativos aconteceram no município de Fortaleza, na sede da ESP-CE e na Universidade do Parlamento Cearense (UNIPACE). O primeiro momento formativo teve duração de quatro dias, abrangendo a sistematização da TCI, as fichas de apreciação da roda, o trabalho em equipe, o momento de “Cuidando do Cuidador”, os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a troca de experiências. Após o primeiro momento formativo, destinou-se um dia mensal para a formação dos residentes.

Nesse percurso formativo, foram repassados os critérios para o cumprimento da especialização, a presença nos momentos formativos e a realização de 30 rodas de TCI por cada membro. A nossa equipe foi composta por três profissionais, sendo: uma Assistente Social, pertencente à ênfase Saúde da Família e Comunidade (SFC); uma Cirurgiã-Dentista, da ênfase SFC; e uma Profissional de Educação Física, ênfase Saúde Mental Coletiva (SMC).

Frente à realidade colocada, após a composição da equipe de terapeutas por município, foram visualizados espaços para efetivar as rodas, partindo do princípio das unidades em que as residentes já estavam lotadas, sendo esses: Unidade Básica de Saúde (UBS) Planalto Horizonte I, II e III, UBS Mangueiral e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). tendo como critério a demanda identificada no território, a viabilidade da realização da roda nos espaços identificados, bem como a adesão das equipes dos serviços onde foi proposta a terapia.

Após análise, a equipe identificou a inviabilidade de o grupo ser realizado no CAPS Geral por esse ter uma demanda proveniente de todo o município e não dispor de transporte público para a população. Direcionamos, então, nossas atividades para as duas UBS's citadas: Mangueiral e Planalto Horizonte II e III.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

A primeira Roda de TCI foi realizada no dia 22/10/2013, na UBS's Planalto Horizonte II e III, com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e comunidade. No dia 12/11/13, a roda teve início na UBS Mangueiral, nas terças-feiras, no período vespertino.

Como estratégia, divulgamos para as gerentes das UBS's a nova tecnologia que estaríamos disponibilizando para a comunidade. Sensibilizamos, de forma mais intensa, os Agentes Comunitários de Saúde, tanto pela vivência desses nas rodas, como pelo fornecimento de material informativo sobre a TCI: distribuição de convites impressos para a comunidade e confecção de cartazes afixados nos serviços de saúde.

Os desafios lançados nessa primeira fase foram, além de identificar os espaços de realização da TCI no município de Horizonte, unir a agenda de atividades de cada profissional, sensibilizar os profissionais do serviço, convocar a comunidade e iniciar o processo de formação enquanto terapeuta comunitário.

Além da própria metodologia da roda de TCI, conforme descrito acima, a equipe valorizou o vínculo com a comunidade, tecendo redes de acesso com esta, disponibilizando-se enquanto equipe de terapeutas em dia fixo na semana, no período vespertino.

Resultados e Discussão

A Terapia Comunitária realizada no município de Horizonte apresentou diversas características, entre elas, desafios, satisfações, realizações e aprendizado. Um dos desafios que mais persistiu foi a mobilização da comunidade, pois foi observada, durante todo o processo, a variação do público participante no que diz respeito ao gênero, à idade e ao papel desenvolvido na comunidade.

A participação grupal foi identificada como uma fragilidade do município quando foi iniciado o processo de residência. A cultura da comunidade tem como conceito de saúde a clínica médica, ou seja, as pessoas procuram as unidades de saúde apenas para o atendimento clínico, buscando resolver suas dificuldades de saúde de forma pontual.

Assim, o trabalho de mobilização comunitária foi muito intenso, dado a sua quase inexistência nos serviços de saúde municipal. Dessa forma, verificamos uma dificuldade de entendimento dessa nova ferramenta de cuidado, sendo ofertada de forma grupal por parte dos profissionais, bem como dos usuários.

Além da dificuldade de formação de grupos terapêuticos, outro fator foi o município não dispor de transporte público. A mobilidade é importante para a participação da comunidade, não só de grupos nas unidades básicas de saúde, mas também nos outros dispositivos que oferecem ações e serviços comunitários.

Inicialmente pensamos em cinco encontros terapêuticos por grupo. Porém, observamos uma descontinuidade dos participantes nas rodas de terapia comunitária. Os fatores citados acima também podem ter contribuído para isso, mobilidade e mobilização.

Apesar de todos esses desafios encontrados no decorrer do percurso, conseguimos realizar as rodas. E, através delas, identificamos o poder que a terapia comunitária teve na vida dos participantes, mesmo que em apenas um encontro. Como sempre, estávamos nas unidades básicas atuando no processo de residência, muitas vezes nos encontramos com os usuários que já haviam participado das rodas e muitos relataram o potencial que o momento proporcionou em suas vidas.

A parceria com a Equipe de Saúde da Família foi fundamental na implantação e divulgação da TCI na comunidade. Com a Reforma Psiquiátrica, os serviços de saúde mental não hospitalar tornaram-se uma necessidade à promoção da ruptura com o modelo hospitalocêntrico e assegurar uma política de reabilitação e inclusão social (GUIMARÃES; FILHA, 2006). A promoção da saúde e a prevenção do adoecimento não são ações estratégicas específicas dos serviços de saúde mental não hospitalares. Assim, as Unidades de Saúde da Família devem contribuir desenvolvendo ações preventivas para o sofrimento emocional.

Brasil (2008) afirma que a TC atua na saúde numa perspectiva integrativa, na qual a compreensão da cultura, da história de vida, dos contextos sociais, políticos, familiares e comunitários são fundamentais. Através dela, percebemos o homem e seu sofrimento em rede relacional. Os fatores estressantes vivenciados são discutidos pelo grupo através da partilha e podem ser enfrentados antes que resultem em patologias. Assim, a TC previne doenças e promove a saúde em espaços coletivos, para além do adoecimento, focando no potencial do sujeito.

Durante os encontros, verificamos que as pessoas tinham a necessidade de comunicação em um espaço onde tivessem com quem falar dos seus sofrimentos sem o risco de serem julgadas. A TCI é, portanto, uma rede viva de comunicações gestuais, em que cada pessoa pode expressar sentimentos quer seja de alegria, tristeza, medo, angústia, decepção, frustração. Nessa rede, a dor pode ser acolhida, partilhada e transmutada (BARRETO, 2008).

A partilha de experiências mostra as possíveis estratégias de superação de sofrimentos do cotidiano e permite à comunidade encontrar soluções para seus problemas, os quais pessoa, família e serviços públicos não foram capazes de encontrar (BRASIL, 2008).

Através das rodas, percebemos a contribuição delas para o processo de autonomia do sujeito. De acordo com Guimarães e Filha (2006), o processo de resiliência e empoderamento ajuda os participantes a ganharem habilidades e confiança para atuarem sobre eles mesmos.

A terapia proporciona mudanças pessoais na relação consigo próprio e na relação com outras pessoas significativas em suas vidas. Quando uma pessoa reconhece no outro um recurso com o qual pode contar, torna-se menos dependente das instituições, menos oprimido pelos próprios problemas e, portanto, mais autônomo.

O sentimento de pertença foi observado nas rodas especialmente quando os participantes conseguiram expressar seus sentimentos no grupo, revelando que a terapia comunitária ajuda na criação e no fortalecimento de vínculos afetivos. Barreto (2008) acrescenta que, quando o indivíduo percebe a existência do outro, há a possibilidade de aplicar suas habilidades, suas competências e descobrir a alteridade. O sentimento de pertença favorece a formação e manutenção de grupos. A formação de vínculos permite a construção de redes de apoio social, que fortalecem a convivência na comunidade (GUIMARÃES; FILHA, 2006).

Durante as terapias, visualizamos o fortalecimento do vínculo espiritual, com momentos de orações e imposição das mãos. No enfrentamento dos problemas diários, a fé é apontada como estratégia mais presente e, em alguns casos, como única ferramenta de resolução de dificuldades. A espiritualidade ajuda ao homem em sua compreensão, indo a sua esfera mais profunda, transcendendo a sua realidade. Boff (2006) conceitua espiritualidade como tudo aquilo que provoca mudança dentro do ser humano.

Reikdal e Maftum (2006) afirmam que atividades relacionadas à fé, como grupos religiosos, dinâmicas de ajuda, conhecimento aprofundado do alvo da fé, contribuem para a manutenção da saúde mental.

Um dos desafios, que, com o decorrer dos encontros, tornou-se uma fortaleza, foi a integração da equipe para que desenvolvesse uma atividade homogênea, na qual cada participante atuasse com função de protagonista e de apoio.

No âmbito profissional, identificamos grande crescimento, pois, durante os relatos, vivenciamos a partilha de cada participante, gerando implicação sobre a sua realidade de vida. Outro ganho foi a visão ampliada, ou seja, o olhar integral que fugisse da restrição à categoria profissional. Destacaram-se atributos que emergiram ao longo da construção dos encontros. Exemplos de tais características são: a visão multiprofissional, adaptação a situações que não condizem com a rotina vivenciada e o fortalecimento de vínculo com a comunidade.

Como equipe, cada terapeuta em formação contribuiu de acordo com sua área de conhecimento. Porém, em cada roda, havia uma integração de profissões em que a especificidade de cada se tornava um dilema para a comunidade. Juntas, desenvolveram-se qualidades

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

como flexibilidade com temas que nunca haviam surgido anteriormente, compreensão que representou uma qualidade para que a equipe pudesse acolher todas as demandas sugeridas pela comunidade. Foi um trabalho árduo, porém evidencia que, construindo pilares sólidos, forma-se um caminho que se inicia na complexidade e culmina na resolução simplificada baseada na autoestima e confiança no próximo.

Conclusão

A formação em Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa ofertada paralelamente à formação em Residência Multiprofissional proporcionou uma experiência singular para os terapeutas, para os serviços de saúde, para as equipes de saúde e para a comunidade envolvida. Nesse grande percurso, deparamo-nos com grandes desafios, aprendizados e dificuldades que fizeram desse momento um denso palco de vivências e de aproximação como a comunidade.

Dentre as dificuldades enfrentadas pela equipe de terapeutas comunitários, podemos citar o desconhecimento dos profissionais das UBS's e da própria comunidade sobre a prática da TCI; a descontinuidade dos participantes nas rodas e as dificuldades técnicas da equipe de terapeutas na aplicação das rodas.

Outrossim, foi um laboratório vivo que potencializou o poder da comunidade. A equipe valorizou o vínculo com esta, tecendo redes de acesso, disponibilizando-se enquanto equipe de terapeutas e demonstrando a importância do cuidado que vai além da clínica, além do consultório/ambulatório. Oportunizamos outra forma de cuidado, o qual valoriza a autonomia do sujeito e sua capacidade, lembrando sempre que há uma identidade na comunidade e que juntos somos mais fortes.

Referências

- ABRATECOM – Associação Brasileira de Terapia Comunitária. Disponível em: <www.abratecom.org.br>. Acesso em: 28 jul 2014.
- ANDRADE, FB. **Promoção da saúde mental do idoso na atenção básica**: as contribuições da terapia comunitária. Texto Contexto Enferm, Florianópolis; 19(1): 129-36. Jan-Mar 2010.
- BARRETO, Adalberto de Paula. **Terapia Comunitária**: passo a passo. 4ª edição revista e ampliada. Fortaleza, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS e a Terapia Comunitária**. Luiz Odorico Monteiro de Andrade. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto. Adalberto Barreto. Fortaleza: 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS** - PNPIC-SUS Brasília: 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso em: 21 jul 2014.
- BRASIL. **LEI Nº 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. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: 21 jul 2014.
- BOFF, L. **Espiritualidade**: um caminho de transformação. Rio de Janeiro: Sextante, 2006.
- GUIMARÃES, F. J.; FILHA, M. O. F. **Repercussões da terapia comunitária no cotidiano de seus participantes**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 08, n. 03, p. 404 - 414, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a11.htm>. Acesso em: 18/07/2014.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Terapia Comunitária se torna ferramenta essencial para o tratamento de pequenos conflitos. In: **Revista Brasileira Saúde da Família**. P. 38-44, nº IX, edição especial, Brasília, mai 2008
- MORAIS, FLSL. **Rodas de terapia Comunitária**: espaços de Mudanças para Profissionais da Estratégia Saúde da Família. Dissertação de Mestrado. UFPB, 2010.
- OMS. **Constituição da Organização Mundial de Saúde**. Nova Iorque, 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-mundial-da-Sa%C3%BAde/c-o-nstituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omsworld.html>>. Acesso em: 21 jul 2014.
- REIKDAL, A. R.; MAFTUM, M.A. **O cuidado com a saúde mental da equipe de enfermagem do PSF de uma unidade de saúde**. Nursing, v. 98, n.8, p.925-930, 2006.

Agradecimento

Os créditos desse relato de experiência são da comunidade participante, da Residência Integrada em Saúde (RIS) e da Formação em Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa, tendo como instituição formadora a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE).

POSTURA, DOR E AVDS ENTRE MULHERES JOVENS: EXPERIÊNCIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE PELA FISIOTERAPIA UTILIZANDO A TEORIA PEDAGÓGICA DE BRUNER.

Yânsley André Sena Tavares^{1*}(IC), Luana Bandeira de Mello Amaral¹(IC), Raíssa Grazielle de Oliveira Dantas¹(IC), Paula Negrão da Silva²(PQ), Kelvia Maria Oliveira Borges²(PQ), Raimunda Hermelinda Maia Macena¹(PQ).

1 Graduação em Fisioterapia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE; 2 Programa de Exatidão PROSA Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE.

yansleysena@hotmail.com

Palavras-chave: Postura. Fisioterapia. Promoção da Saúde. Educação da População.

Resumo

As queixas algícas no Brasil são consideradas epidêmicas. A promoção da saúde é reconhecida como elemento de construção de hábitos saudáveis por desenvolver empowerment e estimular a participação no controle da própria vida e do processo saúde e doença. Este

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

estudo visa relatar experiência de uma ação educativa em saúde, utilizando a teoria pedagógica de Bruner, para promoção da postura adequada durante a execução de atividades da vida diária entre mulheres jovens na cidade de Fortaleza/Ce. Trata-se de um relato de experiência da prática extensionista-docente utilizando o processo de ensino-aprendizagem de abordagem qualitativa e interpretativa centrado nas tomadas de decisão e no comportamento individual, realizado no mês de outubro de 2013. Os sujeitos do relato foram 14 mulheres e que voluntariamente, aceitaram participar da ação educativa. A atividade foi realizada em uma intervenção (1 hora), utilizando como marco teórico o modelo sócio interacionista de Bruner. Para análise dos resultados deste estudo, foi realizada uma leitura do registro do planejamento do modelo educativo e dos registros do relatório da atividade aliado às observações da prática executada. O modelo educativo foi construído constituindo-se de apresentação do grupo e proposição da atividade; dinâmica das AVDS; adequação postural e roda de conversa. O desenvolvimento de ação educativa em saúde para promoção da postura na execução de AVDs se tornam efetivas e satisfatórias às demandas do público-alvo quando são incorporados de seleção da informação, geração de proposições e simplificação, além de promover a interação aprendiz-realidade, conforme proposto por Bruner.

Introdução

As queixas algícas no Brasil são consideradas epidêmicas. Cerca de 80% da população, em algum momento da vida, já experimentou queixas, sendo uma das principais causas a má postura. O uso incorreto da mecânica corporal aliado a fatores desencadeadores e/ou de risco (sexo, idade, flexibilidade, força abdominal e de paravertebrais, atividades de vida diária, tabagismo, aspectos psicológicos, uso e peso de mochilas, hábitos de sono, prática de exercício físico, entre outros) provocam sobrecargas e disfunções do tecido mole e nas articulações da coluna gerando dores, algumas vezes incapacitantes (LEMOS, 2013; FERREIRA, 2011). A busca de estratégias preventivas das lombalgias tem se tornado um esforço contínuo da população em geral.

A promoção da saúde é reconhecida como um efetivo elemento de construção de hábitos saudáveis por seu potencial de desenvolver *empowerment* e estimular a participação no controle da própria vida e do processo saúde e doença, sendo assim uma ação educativa e política (CARVALHO, 2004). Assim sendo, se faz imperiosa a incorporação da dimensão democrática e participativa visando à autonomia. Por assim o ser, se faz premente o esforço coletivo da intersetorialidade em saúde e da promoção da justiça social visando o fomento e a construção de capacidades individuais e institucionais para promoção da saúde, além da ampliação do acesso aos serviços e sistemas de saúde apoiados na equidade e na alfabetização em saúde considerando as demandas e primazias comunitárias (SILVA, 2013).

Se por um lado, a inclusão, o respeito à sabedoria popular e o estabelecimento de uma relação dialógica são imprescindíveis para o efetivo envolvimento das coletividades nos processos de promoção à saúde em relação às algias de coluna; por outro lado, compreender os determinantes de saúde em cada cenário, a importância do trabalho em redes, o papel da criação de oportunidades e espaços para *empowerment* das comunidades e os benefícios da educação em saúde são condições fundamentais para a formação do profissional de saúde (SILVA, 2013). Deste modo, a ênfase das atividades de educação em saúde deve ter como foco o embasamento teórico de como o indivíduo aprende, a intersetorialidade e devem vislumbrar a manutenção/ganhos na funcionalidade tomando como premissa as situações que se apresentem no cotidiano do indivíduo (FERREIRA NETO, 2013).

Assim a construção de modelos promotores da saúde em Fisioterapia deve considerar o modo como os indivíduos apreendem o conhecimento. De acordo com teorias educativas sócio-construtivistas a aprendizagem e desenvolvimento humano são produtos da interação social. Bruner aponta que o aprendizado é um processo ativo do sujeito mediado por esquemas e modelos mentais e que o conhecimento aprendido fornece significado e organização à experiência do sujeito (GIUSTA, 2013; VASCONCELOS, 2003). Assim, uma ação educativa em saúde com vistas a promover uma postura saudável deverá contemplar táticas específicas à cada grupo populacional. Entendendo que estas táticas para a aprendizagem são subsequências integradas de metodologias ou atividades – selecionadas com a intenção de promover a obtenção, o armazenamento e/ou emprego da informação – e que devem se pautar nos recursos cognitivos e metacognitivos, que o indivíduo se utiliza quando se afronta com a aprendizagem (SANTOS, 2011).

Diante do exposto, este estudo visa relatar experiência de uma ação educativa em saúde, utilizando a teoria pedagógica de Bruner, para promoção da postura adequada durante a execução de atividades da vida diária (AVDs) entre mulheres jovens na cidade de Fortaleza/Ce.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência da prática extensionista-discente utilizando o processo de ensino-aprendizagem de abordagem qualitativa, interpretativa da execução de um modelo educativo de promoção da saúde centrado nas tomadas de decisão e no comportamento individual, no que se refere aos hábitos posturais para execução de AVDs realizado no mês de outubro de 2013.

A atividade foi concebida e realizada por dois acadêmicos de fisioterapia, de diferentes semestres, da Universidade Federal do Ceará, extensionistas do Programa de Promoção da Saúde (PROSA) sob a supervisão de um preceptor fisioterapeuta. O modelo educativo foi elaborado a partir de experiências prévias das extensionistas em outros campos de estágios do curso de Fisioterapia da UFC e nos conhecimentos teóricos oriundos da formação continuada dos extensionistas do Programa PROSA.

O modelo educativo proposto pretendia harmonizar um momento de auto percepção e interiorização que estimulasse a aquisição da auto-imagem postural adequada e, conseqüentemente, a consciência que têm de si mesmas e de seu corpo; simultaneamente, reduzir as possíveis consequências físicas da má postura na execução de AVD.

Os sujeitos do modelo educativo foram 14 mulheres, previamente informadas da atividade que iria ser realizada e que, voluntariamente, aceitaram participar. Estas mulheres eram mães de adolescentes de uma Escola Pública na cidade de Fortaleza/Ce que recebem ações sistemáticas de promoção da saúde através do Programa *Prosa Woman* e *Prosa Teen*.

A atividade foi realizada em apenas uma intervenção, durante 1 hora, utilizando como marco teórico o modelo sócio interacionista de Bruner. Segundo esta teoria, os pontos-chaves da aprendizagem são: a) a aprendizagem consiste na mobilização cognitiva para a categorização. b) A categorização se processa por seleção de informação, geração de proposições e simplificação. c) O sujeito interage com a realidade segundo suas categorias. d) As categorias determinam diferentes signos e significados na aprendizagem. e) O conteúdo deve ser trabalhado no modelo espiral (que sugere a retomada do conhecimento por diferentes dinâmicas metodológicas) (GIUSTA, 2013; SANTOS, 2011; VASCONCELOS, 2003).

Para o desenvolvimento da atividade, foi utilizado um espaço amplo, com música ambiente de sons da natureza e diversos instrumentos de uso no cotidiano das mulheres para execução das AVDS.

Ao final da atividade, todas as participantes foram convidadas a sentar em uma roda de conversa. As informações levantadas, durante e após a execução da ação educativa, foram obtidas através de observação feita por duas extensionistas-acadêmicas não participantes da atividade e tinham por objetivo registrar as expressões não verbais e as respostas orais das participantes por meio da roda de discussão. O material foi registrado em um diário de campo/relatório que serviu como instrumento para o detalhamento das informações, observações e reflexões.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Para análise dos resultados deste estudo, inicialmente foi realizada uma leitura do que foi registrado no planejamento do modelo educativo e a seguir dos registros do diário de campo/relatório da atividade aliado às observações relatadas pelos extensionistas que executaram a ação educativa em saúde.

Resultados e Discussão

A participação social se torna um meio e um fim, à medida que favorecerá o estímulo a formas de relação baseadas na negociação e reciprocidade entre os diversos atores sociais (SILVA, 2013; BISPO JUNIRO, 2010). Considerando que a mudança de hábitos posturais pressupõe a reflexão sobre suas atitudes e comportamentos cotidianos, optou-se por uma ação que contemplasse a participação das mulheres em todo o processo.

O modelo educativo foi construído constituindo-se de três etapas:

Apresentação do grupo e proposição da atividade – Neste momento os acadêmicos e preceptores se apresentaram e procederam uma exposição dialogada sobre o Programa Prosa e sua proposta de atuação na comunidade. A seguir, discorreram sobre a anatomia da coluna, as algias de coluna e o impacto das AVDs sobre esta sintomatologia. O momento seguinte consistiu em solicitar às mulheres que pensassem sobre quais atividades desempenhavam no ambiente doméstico e como se sentiam antes e após executá-las. Esta etapa considerou que o eixo central da aprendizagem é o aprendiz. Isto é, a ênfase deve ser dada à análise do objeto de aprendizado e ao contexto da aprendizagem (GIUSTA, 2013; VASCONCELOS, 2003; CARVALHO, 2004).

Dinâmica das AVDs – Nesta etapa foi solicitado que algumas voluntárias demonstrassem como executam algumas atividades no ambiente doméstico (dormir, sentar, pegar um objeto ou criança do chão, carregar sacolas, varrer, lavar louça, etc.) . Durante a demonstração era averiguado das participantes o que observavam na postura e na acomodação da coluna à atividade. Simultaneamente, indagava-se a voluntária da demonstração em como ela se sentia, física e mentalmente, após a execução desta atividade no seu cotidiano. Esta fase considerou que ao exercitar as capacidades processuais e procedimentais, o aprendiz desenvolve o pensamento e, conseqüentemente, reflete sobre sua situação individual e com isto consegue aprender e empoderar-se para modificar suas atitudes em relação à saúde (SILVA; PELICIONI, 2013; SANTOS, 2011; CARVALHO, 2004; VASCONCELOS, 2003).

Adequação postural – O início desta etapa consistia em abordar, na teoria e com demonstração, o papel e importância do alongamento antes de qualquer atividade, como forma de proporcionar maior agilidade e elasticidade, além de prevenir lesões. Finalmente, os acadêmicos ajustavam a postura, segmento a segmento corporal e explicavam os benefícios à saúde da aquisição de hábitos posturais saudáveis no exercício das AVDs (REBOLHO, 2009; FERREIRA, 2011).

Roda de conversa(RC) – Esta etapa objetivava receber um *feedback* das participantes sobre o nível de satisfação com a atividade e o atendimento de suas expectativas. A opção por esta estratégia metodológica de avaliação deveu-se ao fato que as RC permitem fluidez nos relatos, focam as discussões em torno de um tema central, proporcionando assim a emanção das percepções acerca das práticas e reflexões (MELLO, 2007). Segundo as falas das mulheres, as principais vantagens percebidas neste tipo de atividade foram: conhecer os procedimentos adequados para manter a coluna saudável no ambiente doméstico, sendo que o fato de cada um mostrar como faz foi enriquecedor pois em cada casa se faz diferente.

Conclusão

O desenvolvimento de ação educativa em saúde para promoção da postura adequada durante a execução de AVDs se tornam mais efetivas e satisfatórias às demandas de mulheres jovens quando são incorporados conceitos como seleção de informação, geração de proposições e simplificação, além de possibilitar a interação do aprendiz com a realidade, conforme proposto por Bruner.

Referências

- BISPO JUNIOR, José Patrício. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, June 2010.
- CARVALHO, Sérgio Resende. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, ago. 2004.
- FERREIRA NETO, João Leite et al. Processos da construção da Política Nacional de Promoção da Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, Oct. 2013.
- FERREIRA, Gustavo D. et al. Prevalência de dor nas costas e fatores associados em adultos do sul do Brasil: estudo de base populacional. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 15, n. 1, Feb. 2011.
- GIUSTA, Agneta da Silva. Concepções de aprendizagem e práticas pedagógicas. **Educ. rev.**, Belo Horizonte, v. 29, n. 1, Mar. 2013.
- LEMONS, Adriana Torres de et al. Ocorrência de dor lombar e fatores associados em crianças e adolescentes de uma escola privada do sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, nov. 2013.
- MELLO, Ricardo Pimentel et al. Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa em psicologia social. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, Dec. 2007.
- REBOLHO, Marília Christina Tenorio; CASAROTTO, Raquel Aparecida; JOAO, Silvia Maria Amado. Estratégias para ensino de hábitos posturais em crianças: história em quadrinhos versus experiência prática. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo, v. 16, n. 1, Mar. 2009.
- SANTOS, Osmar José Ximenes dos; BORUCHOVITCH, Evelyn. Estratégias de aprendizagem e aprender a aprender: concepções e conhecimento de professores. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 31, n. 2, 2011.
- SILVA, Elaine Cristina da; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. Participação social e promoção da saúde: estudo de caso na região de Paranapiacaba e Parque Andreense. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, Feb. 2013.
- VASCONCELOS, Clara; PRAIA, João Félix; ALMEIDA, Leandro S.. Teorias de aprendizagem e o ensino/aprendizagem das ciências: da instrução à aprendizagem. **Psicol. Esc. Educ. (Impr.)**, Campinas, v. 7, n. 1, June 2003.
- VASCONCELOS, Clara; PRAIA, João Félix; ALMEIDA, Leandro S.. Teorias de aprendizagem e o ensino/aprendizagem das ciências: da instrução à aprendizagem. **Psicol. esc. educ.**, Campinas, v. 7, n. 1, jun. 2003.

Agradecimentos

Agradecemos aos prosoadores e preceptores do Programa Prosa, bem como a escola que nos acolheu e as mulheres que aceitaram participar desta atividade de promoção da saúde.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

POTENCIALIZANDO O ACESSO E AS POSSIBILIDADES: A EDUCAÇÃO EM SAÚDE REALIZADA DURANTE VISITAS DOMICILIARES A GESTANTES.

Kelianny Pinheiro Bezerra (Apresentador) – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). Email: keliannyypinheiro@hotmail.com

Cintia Mikaelle Cunha Santiago – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Fátima Raquel Rosado de Moraes – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Francisca Patrícia Barreto de Carvalho – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Lorrainy da Cruz Solano – Prefeitura Municipal de Mossoró

Ana Ruth Macedo Monteiro (Orientador) – Universidade Estadual do Ceará.

Palavras-chave: Visita domiciliar. Educação em saúde. Gestante. Enfermagem. Promoção da saúde.

Resumo

O presente estudo tem como objetivo relatar a experiência do desenvolvimento de ações de educação em saúde junto a adolescentes grávidas, a partir da estratégia de utilização da visita domiciliar. Desenvolveu-se o trabalho com seis gestantes da área de abrangência da UBSF Dr. José Fernandes de Melo em Mossoró-RN. As ações educativas foram realizadas por 3 acadêmicos de enfermagem

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

orientados por uma professora supervisora e acompanhadas pelos Agentes Comunitários de Saúde atuantes nas respectivas microáreas. Realizou-se uma visita domiciliar a cada gestante quinzenalmente, totalizando, deste modo, quatro visitas por gestante durante o período de execução das ações. A educação em saúde durante a visita domiciliar mostrou-se como um instrumento que contribuiu para a abordagem integral da saúde das gestantes e de suas famílias, possibilitando observar o contexto social, econômico e cultural, bem como, a dinâmica do funcionamento familiar com vistas a discutir sobre escolhas e possibilidades para uma vida mais saudável. Sobretudo, potencializou maior acesso das gestantes às ações educativas, permitindo-lhes permanecer no espaço domiciliar, no qual as mesmas puderam se sentir confortáveis e seguras no que tange ao estabelecimento de uma relação dialógica durante o processo de construção do conhecimento, na perspectiva de promoção da saúde. Conclui-se, deste modo, que a educação em saúde na visita domiciliar é de fundamental importância para o serviço de saúde, em especial, para UBSF, sendo imperativa a participação de todos os profissionais que nela interatuam.

Introdução

No Brasil, durante as primeiras décadas do século XX, emergiram as políticas de saúde voltadas à mulher, as quais se caracterizavam por priorizarem o bem-estar do processo reprodutivo, ou seja, o monitoramento das funções biológicas da mulher.

Contudo, com o advento do Sistema único de Saúde (SUS) no Brasil em 1988 e subsequente aprovação das leis orgânicas Nº 8.080 e 8.141, a atenção à saúde começa a transcender a os aspectos biológicos e a cura de agravos, adotando uma compreensão sobre a saúde que a admite como um processo complexo que inclui fatores condicionantes diversos, quais sejam: os tipos de moradia, a alimentação, o meio ambiente, o saneamento básico, as condições de trabalho, a renda familiar e o poder aquisitivo, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais, sendo os profissionais de saúde responsáveis por ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da população (BRASIL, 2000a).

Nesta conjuntura de reestruturação do Sistema de Saúde no Brasil, o Programa Saúde da Família (PSF) emerge como espaço de atuação na perspectiva de construir um novo olhar sobre a saúde, adotando como prioridade atender ao indivíduo e a sua família de forma integral e contínua. Assim, passou-se a visualizar o sujeito no contexto de sua vida, de sua história, fato que permitiu uma compreensão ampliada do seu processo saúde-doença, em que no caso, a mulher, é percebida em suas condições não somente físico-biológicas, mas, sócio-culturais (BRASIL, 1997).

Surge também o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, visando a promover uma atenção obstétrica integrada, qualificada e humanizada (BRASIL, 2000b). Nesse entorno, diante da estruturação de novas políticas de saúde faz-se mister tentar readequar a assistência à saúde da mulher. Assim, destaca-se a educação em saúde, como uma estratégia de trabalho que pode ser compreendida como um instrumento capaz de fomentar a elaboração de ações de saúde integrais e compatíveis com as reais necessidades da população, podendo reorientar as práticas realizadas nos serviços de saúde (VASCONCELOS, 2007).

Ademais, nesse contexto de discussão sobre as práticas que podem favorecer o fortalecimento da assistência voltada à mulher, salienta-se também a visita domiciliar, que pode ser entendida como um momento estratégico para o desenvolvimento da educação em saúde, haja vista o fato de possibilitar a criação de vínculos, na medida em que proporciona um ambiente e tempo emocional convenientes para um atendimento mais humanizado, capaz de transcender o fornecimento de orientações, com o intuito de contribuir para a promoção da saúde e da qualidade de vida das famílias (LOPES; SAUPE; MASSAROLI, 2008).

Diante disso, o presente trabalho objetiva relatar a experiência do desenvolvimento da educação em saúde com adolescentes grávidas, utilizando-se da visita domiciliar como instrumento para sua execução. Por considerar que a gravidez manifesta durante a adolescência na maioria das vezes encontra-se permeada por sentimentos de medo, angústias e ansiedade, além de despertar dúvidas e questionamentos naquelas que a experienciam, optou-se por trabalhar com o referido grupo.

A gravidez na adolescência no Brasil e nos países em desenvolvimento, é considerada um risco social e, um grave problema de saúde pública, devido aos problemas que dela resultam: o abandono escolar, o risco durante a gravidez, em razão da não realização de um pré-natal de qualidade, pelo fato de a adolescente esconder a gravidez ou os serviços de saúde não estarem qualificados para tal assistência; conflitos familiares associados à confirmação da gravidez; a discriminação social e; o afastamento dos grupos de sua convivência, entre outros.

Assim, acredita-se que o desenvolvimento da educação em saúde durante a visita domiciliar possibilita trabalhar com esse grupo de mulheres, visando à prevenção de agravos e à promoção de sua saúde, favorecendo a interação com a família e com o companheiro numa perspectiva de atendimento integral e humanizado.

Metodologia

As ações de educação em saúde com adolescentes grávidas e/ou primigestas foram desenvolvidas durante a disciplina Enfermagem no Processo de Reprodução Humana, ministrada no 6º período do curso de graduação em enfermagem da UERN, campus Mossoró, por 03 (acadêmicos) acompanhados de uma professor-supervisora. Ocorreram no período de 20/12/12 à 15/02/13, com o número de 06 (seis) gestantes. Cada gestante recebeu uma visita quinzenalmente, sendo assim totalizadas 04 (quatro) visitas para cada gestante durante todo o período. As visitas foram realizadas no horário vespertino, no qual identificou-se maior disponibilidade para participação e também, facilidade para operacionalização das ações planejadas.

Na primeira visita apresentou-se e discutiu-se os objetivos do trabalho que seria desenvolvido, pactuando-se, assim, as datas das visitas, sendo aberto espaço para cada gestante opinar sobre as idéias propostas e, sobretudo, sobre as temáticas de seu interesse a serem abordadas. Disponibilizou-se, para isso, uma caixa em que deveriam ser colocadas as “Dúvidas na minha gestação”. A caixa era disponibilizada às gestantes para que as mesmas pudesse colocar as dúvidas que porventura surgissem, especialmente nos intervalos entre as visitas. Além disso, preencheu-se também um pequeno questionário sócio-econômico, visando caracterizar as participantes.

Identificou-se que as temáticas emergiram de acordo com a idade gestacional e o interesse da gestante. Abordaram-se os temas: importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida do bebê; cuidados com os seios; preparo para o parto; cuidados após o parto (com incentivo do retorno ao serviço de saúde); cuidados com o recém-nascido; planejamento familiar; vida sexual durante a gestação; complicações no puerpério; entre outros.

Utilizou-se para a discussão sobre os temas os seguintes recursos: cartazes, álbuns seriados, slides e vídeos exibidos através do datashow, bonecos, utensílios acessórios e amostras de anticoncepcionais. Para o desenvolvimento das ações educativas era condição *sine qua non* identificar o conhecimento das gestantes sobre o assunto e a partir disto, realizou-se rodas de conversa que proporcionaram a construção de novos saberes que contribuíram para potencializar o processo de ensino/aprendizagem dos sujeitos envolvidos no processo, ou seja, as gestantes e suas famílias e os próprios acadêmicos de enfermagem.

Resultados e Discussão

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Destaca-se que experienciar os conhecimentos apreendidos na vida acadêmica na prática é um dos objetivos da articulação entre a Universidade e os serviços de saúde. Tal articulação possibilita o amadurecimento profissional do graduando respaldando-lhe na escolha das condutas e ações a serem tomadas após o seu egresso. A articulação ensino-serviço é permeada pelo trabalho coletivo, pactuado e integrado de alunos e professores dos cursos da área da saúde com trabalhadores que se inserem e atuam nos serviços de saúde (GONÇALVES et al., 2014).

A articulação permitiu a aproximação com a realidade e com os sujeitos nela inseridos, o que possibilitou identificar e conhecer as principais necessidades de saúde apresentadas pelas gestantes, bem como, intervir efetivamente nas situações que demandavam cuidado.

Destaca-se ainda a participação fundamental dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), os quais se mostraram interessados em trabalhar as ações junto com os acadêmicos de enfermagem, desenvolvendo atividades desde o reconhecimento da área, planejamento das visitas, até a troca de saberes manifestos durante os encontros. Identificou-se, deste modo, o fortalecimento da atuação do ACS dentro da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) corroborando sua importância. Os ACS tornaram-se co-partícipes das ações, evidenciando a relevância dessa parceria, visto que foi a partir deles que se compreendeu as histórias de vida das gestantes e se estabeleceu o vínculo com as mesmas.

A visita domiciliar mostrou-se como um instrumento que contribuiu para a abordagem integral das gestantes e de suas famílias, ao passo em que viabilizou a observação do contexto histórico, social, econômico e cultural da comunidade, sobretudo, sua dinâmica familiar. Sob essa ótica, transcendeu-se a compreensão da visita domiciliar como utensílio restrito ao acompanhamento técnico de situações específicas, corroborando a assertiva de que ela se constitui importante ferramenta no entendimento dos modos de viver da comunidade inserida na área de abrangência em questão.

Ademais, considerando que a educação em saúde deve priorizar seu caráter dialógico visando à emancipação dos sujeitos, ressalta-se, pois, que ela se apresentou como prática oportuna e apropriada para se desenvolver no ato da visita domiciliar, sendo profícua para a prevenção de agravos e, sobretudo, para a promoção da saúde.

Fator importante a ser considerado, diz respeito ao interesse apresentado pelas gestantes, no que tange à participação de todos os encontros inicialmente pactuados. Acredita-se que a metodologia de trabalho adotada, a qual possibilitou que elas pudessem emitir suas opiniões no que concerne às temáticas a serem trabalhadas, bem como, à pactuação referente aos dias e horários para desenvolvimento das ações educativas, constituem-se fatores determinantes à receptividade e à aceitação, permitindo também o estabelecimento de vínculos que ultrapassaram a abordagem dos assuntos programados.

Para o desenvolvimento do trabalho, considerou-se importante caracterizar o perfil sócioeconômico das gestantes participantes das ações executadas, o qual encontra-se exposto a seguir (QUADRO 1).

	G1	G2	G3	G4	G5	G6
Idade	19 anos	20 anos	17 anos	17 anos	15 anos	18 anos
Escolaridade	Sexto ano	Sexto ano	Sexto ano	Sexto ano	Sétimo ano	Ensino médio completo
Cômodos e pessoas residentes	4 pessoas em casa de 1 quarto	6 pessoas numa casa de 2 quartos	6 pessoas numa casa de 1 quarto	3 pessoas numa casa de 1 quarto	5 pessoas numa casa de 2 quartos	4 pessoas numa casa de 2 quartos
Renda Familiar	280,00	1.100,00	560,00	420,00	510,00	622,00
Gestações	Primigesta	3 gestações (2 filhos(a))	3 Gestações (1 Aborto, 1 parto cesárea)	Primigesta	Primigesta	Primigesta

QUADRO 1: Caracterização das gestantes participantes

Percebe-se nas informações encontradas que a gravidez na adolescência ainda é um problema presente e de saúde pública. Apesar de se verificar a partir de 2009 uma redução das taxas em todo o país, relacionadas ao aumento do grau de escolaridade, a uma maior inserção das mulheres no mercado de trabalho, ao acesso a informações e aos métodos anticoncepcionais, observa-se que essa redução se manifesta de forma desigual, de acordo com o desenvolvimento social do território, sendo menor em classes sociais menos favorecidas e conforme pode-se observar, a situação econômica das gestantes deste estudo corrobora os índices encontrados em outros semelhantes (FERREIRA et al. 2012).

As dificuldades em se discutir sobre a temática da sexualidade na adolescência pelos pais, decorrentes da falta de orientações e até mesmo, do seu distanciamento dos filhos nas relações contemporâneas, associada ao atendimento no serviço público, principalmente, no que se refere à falta de preparo dos profissionais para trabalhar com adolescentes, ou ainda, às dificuldades para se abordar a temática e também, a escassez dos métodos contraceptivos, caracterizam-se como fatores de risco para a gravidez na adolescência (JUNIOR;NETO, 2004)

Deste modo, os acadêmicos visaram ao desenvolvimento de práticas educativas propondo-se à superação das limitações do conhecimento, na perspectiva de estabelecer uma relação de diálogo em que fosse possível conhecer a realidade de vida das mulheres, com vistas à proposição de ações compatíveis com seus anseios e necessidades, e de intervenções voltadas tanto para o cuidado da saúde sexual e reprodutiva, quanto para os cuidados dos recém-nascidos.

Considerando que a maioria das gestantes apresentou nível de escolaridade e renda familiar baixas, observou-se que a educação em saúde mostrou-se, então, uma ação efetiva, na medida em que sucitou, nas mesmas, a reflexão sobre a possibilidade de tomar decisões saudáveis para sua vida. Reforça-se, deste modo, que o processo educativo para a promoção da saúde na adolescência deve ser sistemático e pode contribuir para a tomada de decisão, em nível individual e coletivo, na perspectiva de uma vida mais saudável.

Observou-se também o desejo das gestantes em continuar atividades interrompidas pela gravidez, relativas ao estudo e ao trabalho, corroborando-se o papel primordial da família na vida da mãe adolescente a fim de que ela realize tais sonhos, já que é um importante elemento facilitador para que essa última sinta-se mais tranquila, fortalecida e supere os obstáculos nos cuidados do filho.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Por fim, pode-se afirmar que o desenvolvimento das ações de educação em saúde durante as visitas domiciliares é uma estratégia de ação aceita pela comunidade, permitindo-se inferir que a mesma pode se constituir como um dos fundamentais instrumentos de promoção da saúde, ao considerar-se a boa aceitação, o interesse pela continuidade das ações e sobretudo, o vínculo estabelecido entre as gestantes, os acadêmicos e os ACS.

Conclusão

Ressalta-se, com este estudo, a importância da prática educativa desenvolvida durante a visita domiciliar para os serviços de saúde, especialmente, os serviços de Atenção Básica, tornando-se patente a presença e a participação de todos os profissionais que nela se inserem, em especial, aqueles que se encontram nas Unidades Básicas de Saúde da Família.

O que se espera é que essa proposta de atuação seja desenvolvida em conformidade com as diretrizes estabelecidas pelo SUS, através da territorialização, na qual a aproximação entre usuários e serviços de saúde seja mediada pela visita domiciliar a fim de que possam ser estabelecidos vínculos mutuamente colaborativos entre os mesmos. Nesta perspectiva, a atuação nos determinantes do processo saúde-doença talvez possam se manifestar com maior afinco e sempre em consonância com as demais atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS):** princípios e conquistas/ Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2000a. 44p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Programa de Humanização no pré-natal e nascimento.** Brasília-DF, 2000b.

FEREIRA, R. A.; FERRIANI, M. G. C.; MELO, D. F.; CARVALHO, I. P.; CANO, M. A.; OLIVEIRA, L. A. Análise espacial da vulnerabilidade social da gravidez na adolescência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(2):313-323, fev, 2012.

GONÇALVES C.N. S.; CORRÊA A. B.; SIMON, G.; PRADO, M. L.; RODRIGUES, J. ; REIBNITZ, K. S. Integração ensino-serviço na voz de profissionais de saúde. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 8(6):1678-86, jun., 2014 disponível: <file:///C:/Users/Kelianny/Downloads/5969-57316-1-PB.pdf>

GURGEL, M. G. I.; ALVES, M. D. S.; VIEIRA, N. F. C.; PINHEIRO, P. N. C.; BARROSO, G. T. Gravidez na adolescência: tendência na produção científica de enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2008 dez; 12 (4): 799-05. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a27.pdf>

JUNIOR, G. M. P.; NETO, F. R. G. X. Gravidez na adolescência no município de Santana do Acaraú- Ceará- Brasil: uma análise das causas e riscos. **Rev Eletr Enferm.** 2004 Abr [acesso em 2012 fev 25]; 06(01): 25-37. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>

LOPES, W. O. ; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. **Cienc Cuid Saude** 2008 Abr/Jun; 7(2): 241-247.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

XIMENES NETO, F. R.G.; DIAS, M. S. A.; ROCHA, J., CUNHA, I. C. K. O. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2007 maio-jun; 60(3):279-85.

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA UMA FERRAMENTA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE AO ADOLESCENTE ESCOLAR

Cláudia Patrícia da Silva Ribeiro (Apresentadora) Universidade Estadual do Ceará- UECE, claudia_ribeiro6@hotmail.com

Daniele Rocha de Farias Marques- Universidade Estadual do Ceará- UECE

Anamaria Cavalcante e Silva- Faculdade Unichistus

Mariana Campos da Rocha Feitosa- SMS de Maracanaú

Francisco Ranilson Alves Silva - Universidade Estadual do Ceará- UECE

Ana Carina Stelko Pereira (Orientadora) – Universidade Estadual do Ceará

Palavras-chave: Promoção em Saúde. Programa Saúde na Escola. Adolescente

Resumo

Esse estudo tem como objetivo analisar o cuidado integral ao adolescente no contexto escolar. Entende-se que a escola é um espaço potencial para a aplicação das políticas públicas de saúde e de educação, efetivadas por meio do Programa de Saúde Escolar (PSE) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Nesse estudo entrevistou-se 47 adolescentes de uma escola do Ensino Fundamental do Município de São Gonçalo do Amarante/Ce em 2013, fez-se observação não participante do ambiente escolar e análise do documento de

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

adesão de São Gonçalo do Amarante ao Programa Saúde Escolar. Os entrevistados eram em sua maioria do sexo feminino, com 14 a 19 anos e maioria cursavam o 7º e 9º ano do Ensino Fundamental. A escolha dos entrevistados ocorreu conforme a demanda de adolescentes existentes na Unidade Escolar. Dentre as atividades mais desenvolvidas relatadas foram a acuidade visual e pesagem. Notou-se que a maioria dos adolescentes têm conhecimento das atividades já em desenvolvimento no PSE. Conclui-se que assistência integral à saúde dos adolescentes, deve ser fortalecida pela implementação de ações intersetoriais, na prática de educação em saúde participativa e nas estratégias relacionadas a permanência da saúde, buscando qualidade no serviço oferta e na construção de uma vida saudável dentro da escola.

Introdução

A escola é um espaço potencial para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde e de educação, nas quais os princípios da integralidade e intersectorialidade podem se efetivar por meio do Programa Saúde na Escola (PSE). O Programa Saúde na Escola envolve, mais do que uma estratégia de integração das políticas setoriais, um novo desenho da política de Educação em Saúde que, “(...) trata a saúde e educação integrais como parte de uma formação ampla para a cidadania e a função plena dos direitos humanos”, permitindo ampliação das ações intersectoriais entre a saúde e educação, visando cuidado integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens por meio da educação em saúde e articulação de saberes pela participação de alunos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na elaboração e controle social da política (BRASIL, 2011).

Nessa perspectiva, a vigilância e promoção à saúde propõe a incorporação de novos sujeitos, extrapolando o conjunto de profissionais e trabalhadores de saúde, ao envolver outros agentes sociais, isto é, a população organizada, abarcando, além dos determinantes clínico-epidemiológicos no âmbito individual e coletivo, as determinantes sociais dos grupos e populações distintas (Costa e Carbore, 2010). Assim, a intervenção e a promoção à saúde deve extrapolar a utilização dos conhecimentos médico-sanitários, agregando as tecnologias de comunicação social que podem estimular a mobilização social, a organização e a participação de diversos grupos e agentes na promoção e na defesa das condições de vida e saúde.

O PSE progressivamente, desde seu lançamento em fevereiro de 2011, incorpora a cada ano, novas atividades direcionadas a saúde integral não só dos adolescentes mas também das crianças de 3 a 6 anos de idade. Algumas das atividades desenvolvidas no PSE se referem a: avaliação da acuidade visual, verificação de situação vacinal, pesagem, cálculo do índice de massa corporal, medição de pressão arterial e avaliação da saúde bucal. Além dessas atividades diagnósticas, o PSE contempla atividades educativas sobre cultura de paz, saúde reprodutiva, alimentação saudável, álcool e outras drogas e atividades físicas.

Apesar de o PSE parecer ser uma iniciativa relevante, é necessário avaliar se esse programa tem sido implantado adequadamente, não apenas em municípios de grande porte e de regiões bem desenvolvidas economicamente do país, como também em municípios do interior e com menor número de habitantes. Estudos de avaliação da implantação do PSE se justificam, pois podem apresentar aspectos a serem mantidos ou aprimorados quanto a assistência prestada ao adolescente. Diante disso, esse estudo teve como objetivo identificar as ações de saúde no espaço escolar levando em consideração a integralidade e a intersectorialidade no Programa de Saúde na Escola do Município de São Gonçalo do Amarante (CE), o qual aderiu ao Programa Saúde na Escola em março de 2011.

Metodologia

Tipo de estudo

Pesquisa do tipo exploratório-descritiva de abordagem qualitativa. A pesquisa exploratória tem a finalidade de ampliar o conhecimento do pesquisador a respeito de um determinado fenômeno a partir da compreensão da realidade (GIL, 2007) e a pesquisa descritiva tem como objetivo descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade (GIL, 2007).

A pesquisa qualitativa caracteriza-se em conjunto de ações que norteiam “caminhar” do estudo tais como: o ambiente natural / o pesquisador como ferramenta fundamental do desenvolvimento da pesquisa; enfoque indutivo e caráter descritivo. Portanto a pesquisa qualitativa apresenta contribuições ao processo de mudança do estudo, possibilita a criação ou forma opiniões de determinado grupo, assim como permite a interpretação de características específicas dos comportamentos e atitudes individuais (MINAYO, 2010).

Local da pesquisa

São Gonçalo do Amarante localiza-se na região norte do estado do Ceará, na faixa litorânea, na bacia hidrográfica do Curu, integrando a região metropolitana de Fortaleza, a uma distância de 54 km da capital. Suas principais atividades econômicas são: a agricultura de subsistência (plantação de feijão, milho, mandioca e caju), a agroindústria canavieira, a indústria de cerâmica, o turismo, o artesanato, o comércio varejista, indústrias e transporte de mercadorias Complexo Industrial e Portuário do Pecém – CIPP.

Participantes

Participaram do estudo 47 adolescentes os quais tinham entre 14 a 19 anos de uma Escola Pública de Ensino Fundamental localizada na sede do município.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por intermédio de entrevistas semiestruturadas que para Minayo (2010) “[...] é uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa [...]”. As entrevistas ocorreram na própria escola e destinasse a avaliar as atividades de promoção da saúde junto ao Programa Saúde na Escola da qual os alunos participaram.

Utilizou-se ainda um documento de caráter oficial, da Secretária de Educação do Município de São Gonçalo do Amarante, no qual encontrava-se descritos os aspectos principais do PSE no município, como temas, objetivos e sujeitos das intervenções.

Resultados e Discussão

Foi encontrado que a faixa etária de maior predominância recaiu sobre os adolescentes de 14 a 19 anos, com 83,34%. Dentre os 47 adolescentes que participaram do estudo de 66,7% eram meninas e, em sua maioria, cursavam entre a 7ª e a 9ª série do Ensino Fundamental (86,7%), fato a evidenciar que os jovens já possuem um nível de conhecimento que os retira da condição de analfabetos e que o Município de São Gonçalo do Amarante está buscando promover o maior acesso desses jovens ao direito à educação.

Temática com maior abordagem

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Os adolescentes indicaram que os temas transversais abordados com maior frequência pela escola foram: doenças de pele, HIV, dengue, DST, violência, drogas, obesidade, orientação sexual, meio ambiente, paz e política. Algumas exemplos de falas de adolescentes sobre os temas abordados envolvem: [...] falam sobre a importância do uso da camisinha, sobre obesidade na adolescência, sobre dengue, doenças sexualmente transmissíveis e doenças da pele;” “[...] doenças sexualmente transmissíveis, obesidade e violência”, e “[...] dengue, sexualidade, preconceito, obesidade etc.”

A escola é um espaço ímpar para a prática da intersectorialidade como uma inovação para a assistência integral ao adolescente. É preciso que os profissionais da ESF incorporem uma concepção mais ampliada de processo de trabalho, com vistas a criar espaços de interlocução e escuta que permitam canais de compartilhamento de soluções

Adicionalmente, os alunos lembraram das atividades de avaliação de acuidade visual e pesagem. Alguns exemplos de afirmações dos adolescentes envolvem: “ *toda vez que eles (profissionais de saúde) vem aqui fazer o exame do meu olho, vejo que todo ano ele dá diferente, tenho que usar óculos*”; “*fico mais tranquila quando faço o exame dos olhos, porque sei que esta tudo bem*”; “*sei que é importante mais não gosto quando é dia do peso, por que sei que não estou bem com meu corpo*”; “*o peso e o IMC que eles fazem nos ajuda a ver como estamos com nossa comida e saúde*”.

Já as demais atividades que integram o PSE (avaliação da saúde bucal, verificação de situação vacinal e detecção precoce da hipertensão arterial) também foram lembradas pelos adolescentes, mas com menor predominância, respectivamente 23%, 20% e 18% dos adolescentes lembraram dessas outras atividades.

Os adolescentes referiram buscar serviços de saúde apenas quando estavam doentes, tendo expressado a necessidade de um acompanhamento sistemático e preventivo por parte dos profissionais de saúde e ainda expressaram como deveria ser o atendimento quanto ao espaço físico, acolhimento e comunicação com os profissionais. Alguns adolescentes assim afirmaram: “ *só fui atendida numa unidade do Programa Saúde da Família quando tive algum problema de saúde*; “ *mais não na escola, o posto de saúde é muito bom para o adolescente, tem carteirinha do jovem, a bolsa família para os adolescentes*”;

Seus relatos parecem expressar o fato de que ainda é débil o trabalho de escuta do indivíduo, e, por conseguinte, os adolescentes seriam excluídos do processo de decisão sobre como fomentar a saúde coletiva e individual. Parece que o modo como vem ocorrendo o cuidado de saúde do adolescente no município investigado ainda não superou-se o modelo biomédico, no qual o usuário é percebido como simples objeto, dependente dos cuidados dos profissionais, estes detentores de conhecimento e experiência técnico-científica suficientes para resolver sozinhos os problemas multidimensionais que provocam os danos e os riscos à saúde. Algumas opiniões dos participantes a esse respeito são: “*Gostaria que tivéssemos um grupo de dança e aulas de capoeira*”, “*Gostaria que fossemos atendidos com mais respeito porque as vezes dá impressão de que o que a gente fala não é levado a sério como se fosse bobagem*”.

Os depoimentos dos adolescentes remetem inicialmente a uma reflexão sobre a mudança do modelo assistencial proposta pelo Sistema Único de Saúde, o qual expressa a necessidade de ações de saúde ancoradas na Promoção da Saúde, para melhor qualidade de vida desse grupo em questão. Para Beluci(2010), a estratégia Saúde da Família vem possibilitando a oferta de uma gama de serviços destinados a toda população existente em uma localidade e específicos as necessidades de cada grupo, considerando que os adolescentes possuem peculiaridades e especificidades quanto a saúde.

Conclusão

Percebeu-se que, a despeito da existência de vários programas e projetos dirigidos à faixa etária estudada, os adolescentes evidenciaram que existe deficiência nas estratégias que favoreçam a mobilização e participação dos adolescentes no processo de decisões quanto à prevenção de doenças. O modelo bio-médico parece não ter sido superado, de maneira que os adolescentes ainda estão afastados da co-responsabilidade das ações de promoção em saúde individual e coletiva. Apesar disso, mesmo sem o acesso às informações sobre os projetos, a maioria dos adolescentes demonstrou motivação para participar do Programa Saúde na Escola.

No tocante às temáticas e as atividades desenvolvidas junto ao PSE, percebeu-se maior ênfase as atividades de verificação de situação vacinal, saúde bucal e detecção precoce de hipertensão, sendo importante diversificar as temáticas exploradas e discutidas dentro do PSE.

No que se refere ao acesso ao atendimento dos adolescentes à Estratégia de Saúde da Família, as falas dos jovens indicaram deficiência, apesar de procurarem as unidades básicas de saúde em caso de doenças, apontando também como causa dessa deficiência a inadequação dos espaços físicos e de programação específica para a faixa de 10-19 anos, bem como de um acolhimento mais humano e menos interrogativo, onde busquem adaptar suas atividades as necessidades da fase de adolescência e de seus conflitos.

Ressalta-se que os adolescentes, apontam a possibilidade da interação da escola com a saúde e indicam a viabilidade da consecução do Programa Saúde na Escola implantado pela gestão do Município de São Gonçalo do Amarante desde 2011, como um programa de bons resultados, devendo ser mais amplamente divulgado e executado.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Marco teórico e referencial:** saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília: Ministério da Saúde, 2006;

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrutivo PSE** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011;

BELUCI, D.G de P. **Programa Saúde da Família II:** manual para o dia-a-dia das equipes de saúde da família. 2ªed. São Paulo. Lawbook, 2010;

COSTA, E.M.A da, CARBORE, M.H. **Saúde da Família uma abordagem multidisciplinar**, 2ª ed. Rio de Janeiro. Editora Rubio, 2010;

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007. 195 p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

PRÁTICA DE ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM COM ADOLESCENTES NO AMBIENTE ESCOLAR

Bárbara de Abreu Vasconcelos – Universidade Federal do Ceará
Camila Maciel Diniz – Universidade Federal do Ceará
Gabriela Lima Ribeiro – Universidade Federal do Ceará Instituição
Marcella Rocha Tavares de Souza – Universidade Federal do Ceará
Mariana Bernardo Bezerra – Universidade Federal do Ceará
Leidiane Minervina Moraes de Sabino – Universidade Federal do Ceará – leidinhmoraes@hotmail.com

Palavras-chave: Enfermagem. Adolescência. Educação em saúde. Promoção da saúde.

Resumo

A escola, por se tratar de um ambiente constituído de jovens e por ser um local em que diversos temas podem ser apresentados, torna-se um local ideal para a realização de práticas de educação em saúde. Nesse contexto, o Programa Saúde na Escola contribui significativamente para o fortalecimento de ações na perspectiva do desenvolvimento integral e na articulação de projetos que relacionem saúde e educação no enfrentamento das vulnerabilidades. Dessa forma, objetiva-se relatar a experiência da realização de atividades educativas com adolescentes em ambiente escolar. Trata-se de um estudo do tipo pesquisa-ação, realizado com 30 adolescentes de 10

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

a 14 anos matriculados no 5º ano de uma escola municipal localizada em Fortaleza-CE. Foram realizadas duas estratégias, e estas foram baseadas em dois temas principais: sexualidade e drogas. A pesquisa atendeu aos aspectos éticos da resolução 466/2012. A discussão dos temas escolhidos pelos adolescentes foi importante, pois possibilitou elucidar dúvidas comuns do período da adolescência. Durante as estratégias os alunos envolveram-se ativamente do processo de aprendizado, havendo grande participação e interação dos mesmos, com questionamentos, muitas vezes, de experiências vivenciadas em seus cotidianos. A exposição de dúvidas e de alguns depoimentos abria espaço para a compreensão da realidade dos adolescentes. Percebeu-se, portanto, a importância da atuação do enfermeiro além das fronteiras dos centros de saúde convencionais, pois, para este público, a realização de estratégias dentro de um ambiente de aprendizado se mostrou eficiente, facilitando a participação dos mesmos e criando um vínculo de confiança com os profissionais.

Introdução

A palavra adolescência vem do latim “adolescere” que significa “fazer-se homem/mulher” ou “crescer na maturidade” (MUUSS, 1976). Embora esse seja um período importante para o desenvolvimento corporal e mental, de acordo com Ferreira e Nelas (2006), apenas a partir do final do século XIX, a adolescência foi vista como uma etapa distinta do desenvolvimento.

A adolescência é definida como um período biopsicossocial que compreende, segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS (1965), a segunda década da vida, ou seja, dos 10 aos 20 anos. Esse também é o critério adotado pelo Ministério da Saúde do Brasil e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (BRASIL, 2007a). Para o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, o período vai dos 12 aos 18 anos (BRASIL, 1990).

De acordo com Ferreira, Farias e Silveiras (2010), as transformações biológicas da puberdade são universais e visíveis, modificando as crianças, dando-lhes altura, forma e sexualidade de adultos. Durante a adolescência continuam acontecendo os desenvolvimentos psicossociais, cognitivos, morais, sociais e espirituais. Conhecendo tal peculiaridade, é de extrema relevância que os adolescentes sejam acompanhados, bem como orientados pelos pais, por educadores e profissionais de saúde quanto às dúvidas e medos que possam surgir nesse período.

Nessa perspectiva, o Programa Saúde na Escola (PSE), do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, foi instituído em 2007 pelo Decreto Presidencial nº 6.286 (BRASIL, 2007b). O PSE vem contribuir para o fortalecimento de ações na perspectiva do desenvolvimento integral e proporcionar à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem saúde e educação, para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens brasileiros. Essa iniciativa reconhece e acolhe as ações de integração entre saúde e educação já existentes e que têm impactado positivamente na qualidade de vida dos educandos (BRASIL, 2011).

A escola é um espaço privilegiado para práticas de promoção de saúde e de prevenção de agravos à saúde e de doenças. A articulação entre escola e unidade de saúde é, portanto, uma importante demanda do Programa Saúde na Escola. Nas escolas, o trabalho de promoção da saúde com os educandos, e também com professores e funcionários, precisa ter como ponto de partida “o que eles sabem” e “o que eles podem fazer” (BRASIL, 2011).

A enfermagem, por ser a maior força de trabalho em saúde e por sua diversidade de campos de atuação, precisa estar sensível às necessidades e particularidades de vida dos adolescentes, de modo a promover um cuidado de maior qualidade, tornando o momento de encontro entre o profissional e o adolescente um espaço de acolhimento e atendimento às necessidades de saúde e sociais, entre outras. Ao enfermeiro cabe o desenvolvimento de educação em saúde em todas as fases da vida. Nesse contexto é que a equipe de enfermagem, integrante das equipes da Saúde da Família, contribui nas ações que levam ao bem-estar, autocuidado e autonomia, em especial dos adolescentes (BRASIL, 2000).

Faz-se necessário destacar que os assuntos abordados pelos profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros, são definidos por serem interessantes para os adolescentes e também por estarem previstos no Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), oficializado após a promulgação da Constituição Federal de 1988. As áreas prioritárias que devem ser abordados pelos profissionais de saúde são: crescimento e desenvolvimento; sexualidade; saúde bucal; saúde mental; saúde reprodutiva; saúde escolar do adolescente; e prevenção de acidentes (BRASIL, 2000).

Entretanto, não basta que os profissionais apenas conheçam tais preceitos; eles devem saber interagir e identificar qual a principal dificuldade ou dúvida dos adolescentes. Para isso, é necessária uma formação acadêmica que também ofereça espaço para esse treinamento. É essencial um aprofundamento da preparação da Enfermagem para lidar com tais problemas, extrapolando as competências para além do atendimento clínico, alcançando o jovem em seu meio, compreendendo-o como um ser integral, com características e necessidades próprias (BRASIL, 2000).

Dessa forma, compreende-se a importância das atividades de cunho educativo realizadas nas escolas, com a população na faixa etária da adolescência, como proposto pelo PSE, onde o setor da saúde e o da educação andarão juntos. Assim, o presente estudo tem como objetivo relatar a experiência da realização de atividades educativas com adolescentes em ambiente escolar.

Metodologia

Estudo do tipo pesquisa-ação, realizado com 30 adolescentes de 10 a 14 anos matriculados no 5º ano de uma escola municipal localizada em Fortaleza-CE. O estudo foi realizado durante as aulas práticas da disciplina Enfermagem no Processo de Cuidar do Adolescente, do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, no período correspondente aos meses de outubro a dezembro de 2013.

Visitou-se, previamente, o local do estudo a fim de contatar os responsáveis pela instituição e apresentar as atividades propostas pelos autores. Após consentimento dos coordenadores, foi realizada uma visita à sala de aula para uma breve apresentação e para que os próprios sujeitos do estudo sugerissem as temáticas a serem abordadas nas estratégias. Os assuntos escolhidos foram: drogas e sexualidade. Ainda neste primeiro momento, solicitou-se aos adolescentes que escrevessem, anonimamente, as dúvidas sobre as temáticas e entregassem aos autores.

A primeira temática abordada com os adolescentes foi sobre drogas. A estratégia subdividiu-se em cinco momentos, a saber: identificação/apresentação; pré-teste, com perguntas objetivas acerca da temática; explicação do tema, abordando a definição de drogas, os tipos, a composição, as ações, suas consequências, os tratamentos; pós-teste, e por último, a confecção de cartazes pelos alunos sobre o que eles compreenderam acerca da discussão.

O tema “sexualidade” foi trabalhado com enfoque na explicação dos fenômenos que ocorrem na transição da infância para a adolescência, a anatomia do aparelho reprodutor feminino e masculino, os métodos contraceptivos e as doenças sexualmente transmissíveis. Os momentos da estratégia foram fragmentados em: apresentação, com o uso de crachás confeccionados de acordo com o tema; explicação, com o auxílio de cartazes, demonstração do uso de preservativos masculino e feminino; e por último, a conclusão realizou-se com uma

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

atividade de perguntas e respostas, na qual os alunos foram divididos em três grupos e respondiam aos questionamentos acerca da discussão.

A análise dos dados foi realizada a partir das observações e relatos dos próprios adolescentes. O estudo respeitou as Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos, através do seguimento da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, seguindo os critérios de beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça.

Resultados e Discussão

A apresentação do grupo e contato inicial com os adolescentes foi de extrema importância para que as atividades pudessem ser realizadas adequadamente, pois ambos tiveram uma maior aproximação, além de ter sido possível oferecer aos adolescentes a oportunidade de escolherem a temática que queriam debater, fazendo com que os momentos de aprendizado fossem baseados na realidade vivenciada.

Na primeira estratégia realizada, abordamos as drogas como tema para a nossa discussão. Um pré-teste com quatro questões foi aplicado antes da explicação da temática, para termos uma noção sobre seus conhecimentos. A porcentagem de acerto foi de 69% ao analisarem-se os itens de forma geral. Em seguida fizemos a explicitação do assunto, abordando os tipos de drogas e suas principais consequências dentro do contexto sócio-psico-cultural. A exposição das dúvidas e de alguns depoimentos abria espaço para compreendermos, também, um pouco da realidade daqueles adolescentes; do quanto, por exemplo, o assunto das drogas está presente, de forma direta ou indireta, no dia-a-dia de cada um. Nesse momento, os alunos relataram o quanto a mídia, a família e o convívio com os amigos influenciam os adolescentes a consumirem e a venderem drogas.

Segundo Cavalcante, Alves e Barroso (2008), o apelo dos meios de comunicação, que estimula o consumo de drogas lícitas, como álcool e tabaco, assim como a aceitação social e condescendência familiar para o consumo dessas drogas, parecem creditar em sua utilização a ideia de rito de passagem para a vida adulta.

Posteriormente, um pós-teste, com 12 itens contendo afirmativas verdadeiras e falsas foi aplicado, a fim de avaliar se o conhecimento construído durante aquele momento foi compreendido de forma satisfatória. A porcentagem de acertos foi de 87% ao analisarem-se os itens de forma geral. Como análise final, foi realizada a confecção de cartazes, em que os alunos foram divididos em grupos; cada grupo colocava suas ideias, com desenhos e colagens, para, então, ser explicado para toda a sala o que eles produziram. Esse momento foi interessante, pois eles reproduziram muito daquilo que vivenciam em seus cotidianos, contando histórias de amigos e familiares, aliado ao que havia sido discutido em sala.

Na segunda estratégia, sobre sexualidade, iniciamos com a entrega de crachás temáticos, com símbolos femininos e masculinos, o que proporcionou um maior interesse dos alunos na temática que ia ser abordada.

A discussão do tema foi pautada em quatro tópicos: fenômenos que ocorrem na transição da infância para a adolescência, a anatomia do aparelho reprodutor feminino e masculino, os métodos contraceptivos e as doenças sexualmente transmissíveis. Com o auxílio de cartazes, com figuras e desenhos, o assunto foi debatido e bastante discutido, pois várias dúvidas iam surgindo e a interação com os alunos aumentando. No momento da demonstração do uso de preservativos, com o auxílio de próteses dos órgãos genitais feminino e masculino, alguns alunos mostravam-se mais tímidos, sem querer manusear os preservativos; outros mostravam-se mais curiosos e atentos à demonstração.

Posteriormente, dividimos os alunos em grupos e distribuímos algumas “palavras-geradoras”; essa abordagem permitiu que eles revissem o que havia sido conversado, abrindo espaço para respostas concisas e novos questionamentos, assim como, colocou o tema sexualidade como algo discutível em sala, deixando de lado as barreiras que o tabu sobre este tema impõe.

De acordo com Camargo e Ferrari (2009), as transformações dessa fase da vida fazem com que o adolescente viva intensamente sua sexualidade, manifestando-a muitas vezes através de práticas sexuais desprotegidas, podendo se tornar um problema devido à falta de informação e a tabus.

Portanto, foi fácil percebermos o quão importante é o papel do enfermeiro para este público, principalmente no que se refere à elaboração de estratégias de educação em saúde e maior relação entre os setores da saúde e da educação.

Conclusão

O PSE vem contribuir para o fortalecimento de ações na perspectiva do desenvolvimento integral e proporcionar à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem saúde e educação, para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens brasileiros. Cada comunidade tem suas especificidades, sendo responsabilidade da equipe de enfermagem estudar os problemas a que essa comunidade está submetida para, dessa forma, intervir nas fragilidades.

As maiores vulnerabilidades dos alunos da escola estavam baseadas na temática de sexualidade e o uso de drogas. A partir daí, foram traçadas atividades de educação em saúde para dar visibilidade aos fatores que colocam a saúde em risco, e sensibilizar esse público sobre as consequências do uso de drogas e, assim, ser alcançado a conscientização e a sensibilização quanto ao problema. Sobre o tema sexualidade, foi abordado inicialmente a anatomia dos órgãos reprodutores e a respectiva função, para que seja facilitado o entendimento de como ocorre a gravidez, no qual era a pergunta mais pertinente. Ao final das atividades percebeu-se, pelas atitudes e falas dos alunos, que as experiências vivenciadas durante as atividades geraram benefícios no que se refere à sensibilização e maior conhecimento dos adolescentes, buscando fazer com que esses fossem protagonistas da sua própria saúde.

Estimular o pensamento crítico a respeito da realidade é, além de responsabilidade da escola, uma função da enfermagem. Então, a união da escola com a Unidade de Saúde é um casamento perfeito para adquirir conhecimentos em saúde, tornando os adolescentes empoderados no cuidado a saúde e, conseqüentemente, mais saudáveis.

Referências

BRASIL. Lei nº. 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 16 jun.1990, p. 13563.

BRASIL. Ministério da Saúde. Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN). **Projeto Acolher: um encontro de enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. **Lei nº. 8069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 16 jun.1990.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **A saúde de adolescentes e jovens**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. **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. Brasília, DF, 06 dez. 2007b, p. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a Passo: Programa de Saúde na Escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CAVALCANTE, M.B.P.T.; ALVES, M.D.S.; BARROSO, M.G.T. Adolescência, álcool e drogas: uma revisão na perspectiva da promoção da saúde. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. v. 12, n. 3, p. 555-59, 2008.

CAMARGO, E.A.I.; FERRARI, R.A.P. Adolescentes: conhecimento sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. **Ciência e saúde coletiva**. V. 14, n.3, p. 937-946, 2009.

FERREIRA, M.; NELAS, P. B. Adolescências... Adolescentes. **Revista Millenium online**. Portugal, n.º 32, p. 141-162. Fevereiro 2006.

FERREIRA, T. H. S.; FARIAS, M. A.; SILVARES, E. F. M. Adolescência através dos séculos. **Psic.: Teor. e Pesq.** [online]. 2010, vol.26, n.2, pp. 227-234.

MUUSS, R. E. **Teorias da adolescência**. Belo Horizonte: Interlivros. 1976. 144 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Problemas de la salud de La adolescencia**. Informe de un comité de expertos de la O.M.S. Informe técnico nº 308. Ginebra. 1965.

Agradecimentos

Agradecemos à coordenação da escola pela acolhida e aos alunos que aceitaram participar das atividades propostas durante o estágio, fazendo com que esses momentos fossem de intenso crescimento pessoal e profissional.

PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E FATORES ASSOCIADOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DE FORTALEZA-CE

Natália Sales de Carvalho – Universidade Estadual do Ceará - natycarvalho_@hotmail.com

Lidia Helena Bezerra - Universidade Estadual do Ceará

Leontina Fernandes Britto – Universidade Estadual do Ceará

Renata Cristina Machado Mendes – Universidade Estadual do Ceará

Marina de Paula Mendonça – Universidade Estadual do Ceará

Daniela Vasconcelos de Azevedo – Universidade Estadual do Ceará

Palavras-chave: Aleitamento materno. Aleitamento materno exclusivo. Amamentação. Atenção Primária à Saúde

Resumo

Introdução: A Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde do Brasil recomendam o aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses de idade, porém estudos evidenciam que a prática da amamentação é pouco realizada. Objetivo: Conhecer as ações educativas de orientação e incentivo ao aleitamento materno (AM) na assistência primária a saúde, relacionando com as práticas do AME e variáveis ligadas as condições maternas. Metodologia: Trata-se de um estudo transversal, realizado em uma unidade de saúde de Fortaleza-CE. A amostra foi formada por 145 crianças menores de dois anos acompanhadas pelos responsáveis, entre junho a agosto

de 2012. Os dados foram coletados através de questionários semi estruturado, aplicados com os responsáveis, as questões abrangiam variáveis em relação à mãe (idade, escolaridade, trabalho ou ocupação, renda familiar e número de filhos), à criança (idade, sexo e história de AM) e sobre conhecimento da mãe/cuidador sobre a alimentação da criança. Resultados:O percentual de AME no grupo estudado foi de 15,6% e não apresentou qualquer associação com as variáveis sexo da criança, parentesco do cuidador e escolaridade, porém houve associação com o recebimento de orientações sobre amamentação. Dentre as mães/cuidadores 58,6% receberam orientação profissional sobre amamentação, sendo o médico o mais citado, seguido de enfermeira. Conclusão: A prática do AME sofreu influência da orientação sobre a amamentação, assim a promoção, proteção e incentivo ao AME requer profissionais de saúde treinados e capacitados, instituições de saúde cada vez mais acessíveis as mães promovendo de forma qualitativa e eficaz o aleitamento materno com vistas a aumentar o percentual de AME entre nossas crianças.

Introdução

De acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Ministério da Saúde do Brasil (2007) o aleitamento materno é um ato que oferece à criança um alimento completo, pois este contém vitaminas, minerais, gorduras, açúcares e proteínas, apresentando-se esses nutrientes na forma e na quantidade adequada para a nutrição do bebê. Assim, o leite materno é completo, equilibrado e suficiente para a criança. Segundo SILVA e SOUZA (2005), a prática correta de alimentação é crucial para a sobrevivência, desenvolvimento, crescimento, saúde e nutrição dos lactentes em qualquer localidade. Desse modo, o aleitamento materno exclusivo é de fundamental importância para o alcance de tais objetivos. Contudo, de acordo com OLIVEIRA e CAMACHO (2002) atualmente a amamentação é pouco praticada de forma exclusiva mundialmente. Ao lado disso, em países em desenvolvimento, a alimentação artificial é associada à morbidade e mortalidade muito maiores, devido ao favorecimento de infecções e desnutrição, em comparação ao aleitamento materno (SILVA e SOUZA, 2005). As características maternas também influenciam no tempo de amamentação exclusiva do lactente, pois segundo ESCOBAR et al (2002) é importante se identificar os motivadores do desmame precoce, a fim de que se proporcione um tempo máximo de aleitamento possível à criança. Dentre os principais fatores que contribuem para o desmame estão: Entrada da mulher no mercado de trabalho, nível socioeconômico, grau de escolaridade, idade, urbanização, condições do parto, incentivo do cônjuge e parentes e a intenção da mãe em amamentar. De acordo com UNICEF e Ministério da Saúde do Brasil (2007) estudos demonstram que nutrizes que receberam correta orientação acerca do aleitamento materno nos serviços de saúde pública e nos hospitais amamentam melhor e por mais tempo. As mães necessitam de apoio e orientação adequada, pois embora amamentar seja um processo natural, esta tem se tornado uma prática que necessita de uma atenção e um incentivo especial nos dias atuais. Sendo assim, os profissionais da saúde têm importante papel nesse processo ao ressaltar a importância do aleitamento materno exclusivo, enfatizando que este protege o bebê de infecções e alergias, dentre outros benefícios que alcançam tanto a saúde da criança quanto a da mãe (UNICEF e BRASIL, 2007). O presente estudo objetiva conhecer as ações educativas de orientação e incentivo ao aleitamento materno na assistência primária a saúde, relacionando com as práticas do aleitamento materno exclusivo e variáveis ligadas as condições maternas. A busca desse conhecimento permite demonstrar a importância destas ações para a melhoria dos índices de aleitamento materno exclusivo na atenção primária.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, realizado em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará. A amostra foi de conveniência e contou com todas as crianças menores de dois anos que estavam inscritas na unidade e que compareceram à mesma acompanhadas de suas cuidadoras, nos meses destinados à coleta dos dados (junho a agosto de 2012), totalizando 145 crianças. Foi utilizado um instrumento semi-estruturado, previamente testado, aplicado pelo pesquisador às mães/cuidadores, na sala de espera da unidade de saúde para consultas de puericultura e pediatria. No estudo foram consideradas variáveis em relação à mãe (idade, escolaridade, trabalho ou ocupação, renda familiar e número de filhos), à criança (idade, sexo e história de aleitamento materno) e sobre conhecimento da mãe/cuidador sobre a alimentação da criança. Os dados foram analisados no programa estatístico Stata, versão 10.0. Inicialmente foi realizada análise descritiva das variáveis, sendo as numéricas descritas em medianas e medidas de dispersão, e as categóricas, em frequências simples e percentuais. Testou-se a normalidade pelo teste de Shapiro Wilk. Para investigar possíveis associações entre as variáveis de interesse, utilizou-se o teste do qui-quadrado. O nível de significância adotado foi de 5%. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, protocolo nº 58032 e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Resultados e Discussão

O grupo de crianças estudado foi predominantemente do sexo feminino (53,8%) e apresentou idade mediana de 7 meses, variando de 1 a 23 meses. Entre suas mães/cuidadores, 71,0 % possuíam mais de oito anos de estudo, 89,0% apresentaram renda familiar entre um e dois salários mínimos e 71,0% não trabalhavam fora do lar. A idade mediana desse grupo foi 28 anos (14 - 66 anos). Do total das mães/cuidadores, 58,6% receberam orientação profissional sobre amamentação, sendo o médico o mais citado, seguido de enfermeira.

Tabela 1: Fatores sociodemográficos associados à prática de aleitamento materno exclusivo (AME) até o 6º mês em crianças menores de dois anos. Fortaleza, 2014.

	Com AME até 6 meses		Sem AME até 6 meses		Total	p valor	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Escolaridade							
≤ 8 anos	5	11,9	37	88,1	42	29,0	0,405
≥ 8 anos	18	17,5	85	82,5	103	71,0	
Sexo da criança							
M	10	14,9	57	85,1	67	46,2	0,775
F	13	16,7	65	83,3	78	53,8	

Parentesco do Cuidador							
Mãe	20	16,4	102	83,6	122	84,1	0,687
Outro familiar	3	13,0	20	87,0	23	15,9	
Orientação Profissional							
Sim	19	22,3	66	77,7	85	58,6	0,011
Não	4	6,7	56	93,3	60	41,4	

De acordo com os 10 passos para a alimentação saudável de crianças menores de 2 anos (BRASIL, 2002), é recomendado que a criança seja alimentada apenas pelo leite materno até os seis meses de idade, visto que este é suficiente para suprir todas as necessidades nutricionais da criança até esta idade, além de oferecer proteção contra infecções, porém, conforme ARAÚJO e ALMEIDA (2007), no Brasil, o aleitamento materno exclusivo (AME) ainda é dificultado pelo desmame precoce. No presente estudo, quase todas as crianças (96,6%) foram amamentadas, porém pequena parte delas (15,9%) foi amamentada exclusivamente até seis meses, fato também encontrado no estudo realizado por PALMEIRAS, SANTOS e VIANNA (2011), em municípios do semi-árido paraibano, no qual apenas 30,5% das crianças entre 0 e 5,9 meses se alimentavam exclusivamente de leite materno. Já no estudo realizado por CAMPAGNOLO *et al.* (2012), em Porto Alegre, a prevalência de aleitamento materno exclusivo foi de 21,4% entre as crianças de 4 a 6 meses. O estudo de SALDIVA *et al.* (2011), realizado nas capitais brasileiras e Distrito Federal, por sua vez, encontrou uma prevalência de AME de 25,4% entre as crianças e 3 a 6 meses.

Tabela 2: Duração do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de dois anos. Fortaleza, 2014.

Aleitamento Materno	Nº	%
Nunca Mamou	5	3,4
Mamou não exclusivo	14	9,7
Mamou exclusivo ≤ 3 meses	69	47,6
Mamou exclusivo 4- 5 meses	34	23,4
Mamou exclusivo ≥ 6 meses	23	15,9
Total	145	100,0

A prática do aleitamento materno exclusivo até o 6º mês não apresentou qualquer associação com as variáveis sexo da criança ($p=0,775$), parentesco do cuidador ($p=0,687$) e escolaridade ($p=0,405$), o que é confirmado por ARANTES *et al.* (2011), que também não encontrou associação entre o AME e grau de instrução. Por outro lado, crianças cujas mães/cuidadores haviam recebido orientações de profissional de saúde apresentaram maior frequência de aleitamento materno exclusivo (AME) ($p=0,011$).

A amamentação é um processo complexo, o qual envolve, além de fatores essencialmente biológicos, fatores psicossociais. No geral, as mães conhecem as vantagens do aleitamento materno, porém o desmame precoce tem como fundamento o fato de muitas relatarem problemas relacionados à “falta de leite” e ao “leite fraco”, problemas mamários, recusa do bebê em pegar o peito, trabalho fora do lar, entre outros (ARAÚJO e ALMEIDA, 2007; FALEIROS, TREZZA e CARANDINA, 2006).

Segundo FALEIROS, TREZZA e CARANDINA (2006), os médicos em geral sabem da importância de seu papel na promoção do aleitamento materno, acreditando que tanto o seu aconselhamento como o de outros profissionais de saúde é muito importante para elevar as taxas de aleitamento materno. Entretanto, conforme ARAÚJO e ALMEIDA (2007), estudos revelam que os profissionais de saúde têm se detido, no momento das orientações às mães, mais ao aspecto biológico da amamentação, não levando em consideração os demais fatores que a influenciam. É importante ressaltar que pelo fato de amamentação consistir num processo alimentar complexo, envolvendo aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais, cabe aos profissionais da saúde, considerar tal processo de forma holística (ARAÚJO e ALMEIDA, 2007).

Embora o presente estudo tenha evidenciado a importância do componente educativo para o AME, tal fato não está acontecendo na prática uma vez que apenas 15,9% das mães amamentam exclusivamente seus filhos.

Conclusão

A prática do aleitamento materno exclusivo (AME) foi influenciada pelo recebimento de orientação sobre a amamentação, entretanto poucas mães realmente amamentaram exclusivamente. A promoção, proteção e incentivo ao AME requer profissionais de saúde treinados e capacitados que levem em consideração as variáveis maternas, instituições de saúde cada vez mais acessíveis as mães promovendo de forma qualitativa e eficaz a política de aleitamento materno conforme preconiza o Ministério da Saúde. Assim novos estudos podem contribuir para levantamento das causas desta baixa adesão ao AME, como também pode contribuir para elaboração intervenções e políticas públicas que promovam de maneira mais eficaz o AME.

Referências

ARANTES, C.I.S. *et al.* Aleitamento materno e práticas alimentares de crianças menores de seis meses em Alfenas, Minas Gerais. **Revista de Nutrição**. Campinas, v.24, n.3, p.421-429, maio/jun. 2011.

ARAÚJO, R.M.A.; ALMEIDA, J.A.G. Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência. **Revista de Nutrição**. Campinas, v.20, n.4, p.431-438, jul./ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Passo 1 – Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável – Guia alimentar para crianças menores de 2 anos: Álbum Seriado**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CAMPAGNOLO, P.D.B. *et al.* Práticas alimentares no primeiro ano de vida e fatores associados em amostra representativa da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Revista de Nutrição**. Campinas, v.25, n.4, p.431-439, jul./ago. 2012.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

ESCOBAR, A. M. U. et al. Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 2, n. 3, p.37-56, set. 2002.

FALEIROS, F.T.V.; TREZZA, E.M.C.; CARANDINA, L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Revista de Nutrição**. Campinas, v.19, n.5, p.623-630, set./out. 2006.

OLIVEIRA, M. I. C. ; CAMACHO, L. A. B. Impacto das unidades básicas de saúde na duração do aleitamento materno exclusivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 5, n. 1, p.85-102, abr. 2002.

PALMEIRAS, P.A.; SANTOS, S.M.C.; VIANNA, R.P.T. Prática alimentar entre crianças menores de dois anos de idade residentes em municípios do semiárido do Estado da Paraíba, Brasil **Revista de Nutrição**. Campinas, v.24, n.4, p.553-563, jul./ago. 2011.

SALDIVA, S.R.D.M. et al. Influência regional no consumo precoce de alimentos diferentes do leite materno em menores de seis meses residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.27, n.11, p.2253-2262, nov. 2011.

SILVA, A. P. ; SOUZA, N. Prevalência do aleitamento materno. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 3, p.76-87, maio 2005.

UNICEF; BRASIL. Ministério da Saúde. **Promovendo o Aleitamento Materno**. 2007. Disponível em: <<http://www.unicef.org/brazil/pt/aleitamento.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2014.

PRÁTICA EDUCATIVA EM ALOJAMENTO CONJUNTO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Jaqueline do Carmo Azevedo – Centro Universitário Estácio do Ceará e jackdcazevedo@hotmail.com

Acássio Ferreira de Holanda – Centro Universitário Estácio do Ceará

Bruna Michelle Belém Leite Brasil – Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará

Palavras-chave: *Enfermagem. Educação em saúde. Alojamento conjunto*

Resumo

A mulher durante o puerpério apresenta diversos sentimentos e anseios em relação à sua nova situação de ser mãe, criando expectativas e buscando atender às suas necessidades para enfrentar o desafio com os cuidados do recém-nascido e de seu autocuidado, portanto, o acompanhamento dessa puérpera e de seu recém-nascido é de suma importância, bem como, durante o tempo de permanência no hospital, é vantajoso que a mãe e o pai participem do cuidado do bebê, sob orientação direta de um profissional qualificado. O estudo objetivou descrever a experiência de um grupo de acadêmicas de enfermagem no desenvolvimento de uma atividade de educação em saúde relacionada aos cuidados prestados a puérpera e o recém nascido no alojamento conjunto. Estudo descritivo do tipo relato de experiência de uma atividade educativa desenvolvida em um alojamento conjunto por acadêmicas de enfermagem durante aulas práticas da disciplina de Ensino Clínico II (saúde da mulher) no período de fevereiro a junho de 2014. A educação em saúde elaborada foi

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

desenvolvida em duas enfermarias, de cinco leitos cada, do Alojamento Conjunto de um hospital secundário com referencia em atendimento obstétrico. A partir da educação em saúde constatamos que a atividade educativa, dirigida às puérperas no alojamento conjunto, rompeu a rotina hospitalar, normalmente muito monótona e trouxeram aspectos de interesse e participação das puérpera e acompanhantes ali presentes. As principais atividades realizadas dentro do alojamento conjunto foram: tornar maior o vínculo do binômio mãe e filho, aconselhar sobre o aleitamento materno, esclarecer inúmeras dúvidas de algumas situações em que a puérpera irá vivenciar nessa nova fase, estimular a participação ativa do pai, mostrar os cuidados com a mãe e o recém-nascido. Acredita-se que, quando se realiza uma atividade educativa é possível contribuir para a conscientização da importância do auto-cuidado e do cuidado com o recém-nascido, buscando uma melhor qualidade de vida para o binômio mãe-filho.

Introdução

A mulher durante o puerpério apresenta diversos sentimentos e anseios em relação à sua nova situação de ser mãe, criando expectativas e buscando atender às suas necessidades para enfrentar o desafio com os cuidados do recém-nascido e de seu auto-cuidado, portanto, o acompanhamento dessa puérpera e de seu recém-nascido é de suma importância, bem como, durante o tempo de permanência no hospital, é vantajoso que a mãe e o pai participem do cuidado do bebê, sob orientação direta de um profissional qualificado. Com a intenção de novamente aproximar as mães de seus bebês, criou-se o Sistema de Alojamento Conjunto que favorece a interação e a participação ativa dos pais nos cuidados ao recém-nascido. No Brasil, o modelo assistencial adotado ao atendimento do binômio mãe-filho é o sistema de alojamento conjunto que segundo, o Ministério da Saúde é definido como um sistema hospitalar em que o bebê sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe, 24 horas por dia, num mesmo ambiente recebendo todos os cuidados necessários para seu desenvolvimento, até a alta hospitalar (BRASIL, 1993).

O alojamento conjunto tem como objetivo a interação mais íntima da mãe com o recém-nascido e sua finalidade é de estabelecer um relacionamento afetivo favorável entre mãe-filho, desde o nascimento; educar a mãe e acompanhantes, desenvolvendo habilidades e proporcionando segurança emocional quanto aos cuidados com o bebê; incentivar o aleitamento materno; reduzir a incidência de infecções hospitalares cruzadas; permitir a equipe multidisciplinar melhor integração e observação sobre o comportamento normal do binômio mãe-filho e evitar as complicações maternas e do recém-nascido (BRASIL, 1982). A rotina do alojamento conjunto permite ainda, uma renovação dos profissionais da saúde no seu contexto de atuação, pois, dentro de um novo e mais amplo conceito em saúde materno-infantil, o ato de cuidar não é atividade somente dos profissionais da saúde, mas inclui a coparticipação daquele que é tratado e curado. A mãe deve ser orientada como se cuidar, a entender o filho, a satisfazer suas necessidades integrais, torna-se agente multiplicador da saúde em âmbito individual, familiar e social (BRASIL, 2000). Nesse sentido, o Ministério da Saúde (2000) argumenta que o alojamento conjunto não é um método de assistência utilizado para economizar pessoal de enfermagem, pois tem um alto conteúdo educativo que precisa ser considerado prioritário e colocado em prática para obtenção de seus resultados. Assim, durante o tempo de permanência no hospital, é vantajoso que a mãe e o pai participem do cuidado do bebê, sob orientação direta da equipe de enfermagem. Espera-se que, prática de atividades educativas venha ser constante, e possa fornecer subsídios para a organização da prática de enfermagem no alojamento conjunto, rumo ao processo de construção de uma assistência integral mais criativa e participativa. Entendemos que o sistema de Alojamento Conjunto é fundamental para o desenvolvimento emocional humano que surge no âmbito das relações interpessoais, porque favorece a aproximação entre mãe e bebê, nos primeiros dias de vida (WINNICOTT, 2000). Assim, este estudo objetivou descrever a experiência de um grupo de acadêmicas de enfermagem no desenvolvimento de uma atividade de educação em saúde relacionada aos cuidados binômio mãe e filho.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência de uma atividade educativa desenvolvida em um alojamento conjunto por um grupo de acadêmicas de enfermagem sob a orientação de uma professora preceptora, durante aulas práticas da disciplina de Ensino Clínico II (saúde da mulher) no período de fevereiro a junho de 2014. Antes do início da atividade de educação em saúde com as puérperas, as mesmas foram orientadas sobre a importância da participação delas para o desenvolvimento da atividade proposta. A educação em saúde elaborada foi desenvolvida em duas enfermarias, de cinco leitos cada, do Alojamento Conjunto de um hospital secundário com referencia em atendimento obstétrico e foi dirigida a puérperas que se encontravam internadas no hospital. O referido serviço tem como clientela básica, puérperas e recém-nascidos saudáveis, sendo assim, um local propício para a prática da Educação em Saúde, Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças. A divisão do grupo foi realizada pelas próprias acadêmicas, as mesmas se integraram no alojamento conjunto, estimulando a participação ativa, ensinando, supervisionando e auxiliando, quando necessário nas práticas de educação em saúde destinada para os cuidados do binômio mãe e filho. Para aprimorar a atividade de educação em saúde foi criado um momento para demonstração prática dos cuidados com o recém-nascido e com a puérpera e logo após o esclarecimento de dúvidas a respeito dos mitos e verdades da amamentação e dos cuidados com o recém-nascido. No final da demonstração e explicação foram feitas perguntas para as puérperas que participaram da atividade a respeito do que foi apresentado, reforçando assim a aprendizagem e estimulando também possíveis dúvidas que elas possam ter.

Resultados e Discussão

A atividade educativa desenvolvida para puérperas foi idealizada a partir da necessidade de passar informações de forma dinâmica, com a participação efetiva delas na construção dos seus conhecimentos. A educação em saúde foi realizada em alojamento conjunto, coordenada pela professora preceptora, e teve duração média de uma hora. Através das observações constatou-se que a atividade educativa, dirigida às puérperas no alojamento conjunto, rompeu a rotina hospitalar, normalmente muito monótona e trouxeram aspectos positivos, principalmente para as pacientes atendidas que passaram a refletir sobre a importância dos cuidados do binômio mãe e filho, o que ficou evidenciada através do relato verbal das mesmas, pela demonstração de maior segurança no relacionamento afetivo favorável entre mãe-filho, estímulo ao reflexo de sucção ao peito, necessário para o aleitamento materno e para estimular a contratilidade uterina; amamentar em posição adequada para evitar problemas como fissuras mamilares, ingurgitamento e mastite, não retirar o recém-nascido bruscamente do seio na hora da amamentação; orientar sobre higienização, cuidados com a pele, com o coto umbilical, dermatites de fraldas; autoconfiança a fim de cuidar de si e de seu bebê integralmente; observar involução uterina e as condições da ferida operatória, atentar a infecção puerperal, estimular a participação do pai no cuidado com o recém-nascido. A promoção desses aspectos inclui o respeito às condições físicas e psicológicas da mulher diante do nascimento.

Os mitos e as crenças relacionados à amamentação fazem parte do nosso cotidiano há muitos séculos. Eles constroem o significado do ato de aleitar para a mulher por meio da herança sociocultural adquirida através da vivência dessa mulher na sociedade – transmissão de valores por pessoas próximas, familiares ou mesmo pela observação de outras mulheres que estão passando por essa mesma situação.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

(MARQUES et al. 2011). As puérperas foram bastante receptivas à atividade proposta as mesmas demonstraram interesse e envolvimento. No momento da atividade surgiram muitas dúvidas e questionamentos, sobre os assuntos abordados, que foram gradativamente trabalhados e discutidos. Foi percebido que algumas puérperas apresentaram maior dificuldade de entendimento e questionamento. Podemos constatar que fatores como, por exemplo, condições sócio-econômica-culturais, faixa etária, dentre outros, influenciavam no nível de conhecimento das mães. Algumas das dificuldades encontradas ao aplicar a educação em saúde no alojamento conjunto foi a interrupção de profissionais que interviam para realizarem procedimentos nas mães e nos bebês, interrompendo a dinâmica educativa. Ficou demonstrado a falta de um local específico para a realização das atividades educativas na instituição. Foi percebido uma avaliação positiva em relação à utilização da educação em saúde em alojamentos conjuntos, pois foi percebido que as puérperas ficavam mais abertas a expor suas dúvidas e o que tinham absorvido de conhecimento. Enfatiza-se neste estudo, a importância do profissional enfermeiro em estar utilizando os momentos de trabalho para ensinar, aprender e a ouvir suas pacientes podendo criar dessa maneira relações mais afetivas e solidárias com a paciente assistida.

Conclusão

Conclui-se que a experiência de promover a saúde da mulher e da criança no alojamento conjunto foi de extrema importância, no enriquecimento do saber tanto em nível pessoal e profissional, e serviu para constatar a importância da utilização de atividades lúdicas e renovadas por parte do profissional enfermeiro e da equipe multiprofissional que atuam no planejamento de uma assistência de saúde integral ao binômio mãe - filho. Nesse período de realização da prática junto às puérperas no alojamento conjunto, percebeu-se que ensinar é sem dúvida, aprender com elas, através de cada gesto, palavra e atitudes demonstradas, bem como podemos ampliar nossa visão para o processo de construção de uma assistência integral e humanizada. A enfermagem deve ter o olhar sensibilizado para detectar e respeitar as necessidades de cada binômio e família, e, assim, individualizar o cuidado. Desta forma, o alojamento conjunto reflete, como um espaço que facilita ou deveria facilitar o cuidado materno, a necessidade que a mulher tem de manter-se em um ambiente livre de experiências traumáticas, entretanto ainda se tem instituições que ainda mantêm o sistema de berçário que separa o binômio mãe-filho, perde-se uma oportunidade de aprendizagem e dificulta a formação do vínculo mãe-bebê, o cuidado profissional exercido num ambiente de amor, de prazer e de compartilhamento de saberes. Destaca-se ainda, que o enfermeiro pode desenvolver a prática do cuidado materno permitindo à mulher resgatar sua autonomia, no período em que necessita voltar-se para si mesma, em busca da tranquilidade necessária ao desenvolvimento do cuidado com o recém-nascido e à absorção de novos conhecimentos que facilitem seu cotidiano no domicílio.

Referências

- 1.Ministério da Saúde (BR). **I Encontro Nacional sobre Alojamento Conjunto**. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde/INAN; 1982
2. Ministério da Saúde (BR). **Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. Normas básicas para alojamento conjunto**. Brasília: Ministério da Saúde; 1993.
- 3.Winnicott DW. **A preocupação materna primária**. In: Winnicott DW. Da pediatria a psicanálise. Rio de Janeiro: Imago; 2000. p. 399-405.
4. **Diagnósticos e intervenções de enfermagem em ginecologia, obstetrícia e neonatologia/** organizadores Geraldo Mota de Carvalho, Elen Mendes Lula, Laércio Ruela de Oliveira.- São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2010.
5. Oliveira ME. **Vivenciando uma experiência amorosa de cuidado com mães e seus recém-nascidos pré-termo**. Rev Eletrôn Enferm 2001.
- 6.MARQUES, E.S.; COTTA, R.M.M.; PRIORE, S.E. **Mitos e crenças sobre o aleitamento materno**. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, n. 5, p. 2461-2468; 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a15v16n5.pdf>> Acesso em: 16 ago. 2014.

Agradecimentos

À Deus, dedico o meu agradecimento maior, porque têm sido tudo em minha vida, a Prof^ª. Ms. Bruna Michelle Belém Leite , pela orientação, apoio e confiança. Agradeço a minha mãe pelo amor, incentivo e apoio incondicional. As enfermeiras e as puérperas da unidade de alojamento conjunto que nos permitiu desenvolver a atividade de educação em saúde .A todos que direta ou indiretamente fizeram parte deste trabalho.

PRÁTICAS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE NO COTIDIANO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UTOPIA, INTENÇÃO OU REALIDADE?

Igor Brasil de Araújo (apresentador/ Orientador) – UNEB Email: brasilsoueu@gmail.com
Eliane dos Santos Bomfim – UNEB

Palavras-chave:Educação Continuada, Estratégia Saúde da Família, Sistema Único de Saúde.

Resumo

Pesquisa qualitativa numa abordagem crítico reflexiva que tem como objetivo discutir os sentidos e significados da Educação Permanente em Saúde no trabalho das equipes de Saúde da Família em Senhor do Bonfim-BA, enquanto sua articulação teoria X prática. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e observações sistemáticas da prática de onze trabalhadores do Programa Saúde da Família e cinco gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Senhor do Bonfim-BA, nos meses de maio e junho de 2014, após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Como método de Análise, optou-se pela Análise de Conteúdo proposta Bardin (2002), discutida por Minayo (2000). Os resultados evidenciam um conflito entre a teoria e prática da Educação Permanente em saúde, em que se confluem conceitos e práticas que se aproximam da educação continuada e educação em saúde.

Introdução

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Educação Permanente é uma proposta de uma intervenção que está baseado na perspectiva de educação, permitindo a construção de espaços coletivos implicados na reflexão e avaliação de ações produzidas durante o processo de trabalho da equipe (CECCIM, 2005). Ferramentas que buscam a reflexão crítica sobre as práticas de serviço, sendo por si, uma prática educativa aplicada ao trabalho que possibilita transformações nas relações, nos processos de trabalho, nas condutas, nas atitudes, nos profissionais e até mesmo na equipe (CAROTTA et al, 2009).

Surge, portanto como estratégia de qualificação profissional e da atenção, pois é exibida como “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (BRASIL, 2009, p. 51). Sugerindo temas a serem abordados que emergem das necessidades do trabalho no sentido de auxiliar a prática profissional e sendo esta, um processo educativo, a educação permanente em saúde, vem a colocar o cotidiano do trabalho em saúde, as ações produzidas diariamente, como objeto de reflexão e avaliação.

A EPS contribui ainda para a transformação dos processos de formação, a organização da atenção e articulação entre os serviços, a gestão e instituições. Nesse contexto, torna-se importante a relação dos serviços de saúde às instituições de ensino. Portanto, a aproximação destes profissionais da assistência com a academia tende a despertar a busca pelo conhecimento e aprimoramento das qualidades profissionais (BACKES, et al, 2008).

Dessa maneira, o presente estudo tem como objetivo discutir os sentidos e significados da Educação Permanente em Saúde no trabalho das equipes de Saúde da Família em Senhor do Bonfim-BA enquanto sua articulação teoria X prática.

Metodologia

O estudo insere-se numa abordagem aproximada crítico-analítica da realidade social, tendo como campo de estudo os espaços de gestão institucional e PSF de Senhor do Bonfim-BA. Os sujeitos foram constituídos de três segmentos sociais diferenciados: cinco gestores/coordenadores de seções da Secretaria Municipal de Saúde (grupo I) e onze trabalhadores de saúde (grupo II), totalizando-se 16 participantes. Os critérios de inclusão foram: participantes maiores de 18 anos de ambos os sexos, sendo: trabalhadores do PSF com pelo menos dois anos de atuação no PSF, vinculados a pelo menos um ano no mesmo PSF e integrantes de equipes com formação atual mínima completa; gestores com pelo menos um ano de atuação no mesmo cargo e com experiência de pelo menos dois anos na gestão de serviços de saúde. A escolha dos participantes deu-se obedecendo aos critérios de inclusão/exclusão, participantes e atores das práticas de saúde dos PSF, da gestão da Secretaria Municipal de Saúde ou sujeitos relevantes para o andamento da gestão. As técnicas de coleta de dados foram a entrevista semiestruturada e a observação sistemática da prática, realizadas após consentimento favorável do CEP nº 35299 e CAAE 02267312.4.0000.0057.. A Análise de conteúdo de Bardin (2002), discutido por Minayo (2010) foi o método utilizado para discutir os resultados.

Resultados e Discussão

De acordo com a resolução 2.488/11, que trata da Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2011), a educação permanente, embasa-se num processo pedagógico que contempla desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa). Desta forma, entendimento e aspectos essenciais da EP, que englobam a transformação do processo de trabalho, norteia-se para melhoria da qualidade dos serviços de saúde e qualidade das ações dos sujeitos.

Notou-se que os trabalhadores entrevistados possuem concepções próximas ao conceito oficial da educação permanente, trazendo a EP como uma política pública articulada entre a necessidade de aprendizagem e as de trabalho, como uma reunião com todos os trabalhadores, afim de discutir os pontos positivos e negativos da UBS, além de conceitua-la como um processo de qualificação profissional através de formulação de conhecimento; havendo assim um consenso.

As concepções revelam o conceito da EP adquirida através de cursos, capacitações, treinamentos, porém, Nunes (2008) salienta que a Educação Permanente em Saúde é um processo, e não uma capacitação estanque, portanto, a formação de facilitadores não deve se encerrar como mais um curso para profissionais.

Outro pressuposto importante da educação permanente é o planejamento/ programação educativa ascendente, em que, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde (RICALDONNI; SENA, 2006). Dessa maneira, é evidenciado nas falas de alguns trabalhadores de saúde entrevistados a realização de reuniões com a equipe da ESF para discussão e solução de problemas corriqueiros para melhor resolutividade do serviço, também reconhecido na fala da gestão.

A concepção de educação permanente trazida por parte dos profissionais aproxima-se muito da definição defendida pelo MS, em que a aprendizagem no trabalho da equipe em que o aprender e o ensinar são incorporados ao cotidiano no processo de trabalho. Falas e práticas de alguns gestores também trazem uma concepção baseado no ensino aprendizagem, na busca de melhorias do atendimento, não sendo esta diferente das falas dos trabalhadores.

Embora alguns trabalhadores saibam a concepção acerca da educação permanente, na prática eles desconhecem e relatam não existir. Já outros conceituam Educação Permanente como se, para eles, resumissem o momento em que conseguem operar práticas da Educação em Saúde, na forma de rodas de conversas direcionadas para a comunidade, enquanto outros afirmam a sua não existência.

A educação continuada (EC) é definida como um conjunto de atividades educativas para atualização do indivíduo, onde é oportunizado o desenvolvimento do funcionário assim como sua participação eficaz no dia-a-dia da instituição (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Desta forma, em algumas situações encontramos o conceito de Educação Permanente como se o fosse da Educação Continuada, quando os trabalhadores e alguns gestores apontam para atividades de ensino com tempos estabelecidos, com atividades de capacitação, treinamentos e reciclagem de conhecimentos direcionados a prática do serviço, realizadas muitas vezes por decisão da gestão institucional ou de setores específicos da Secretaria Municipal de Saúde

Peduzzi e outros (2009) afirmam que a Educação Continuada é voltada para a concepção de educação como transmissão de conhecimento e para a valorização da ciência como fonte do conhecimento; é pontual, fragmentada e construída de forma não articulada à gestão e ao controle social, com enfoque nas categorias profissionais e no conhecimento técnico-científico de cada área, com ênfase em cursos e treinamentos construídos com base no diagnóstico de necessidades individuais, e se coloca na perspectiva de transformação da organização em que está inserido o profissional.

Na perspectiva da educação continuada (EC), os gestores ainda entendem e reconhece a necessidade dos profissionais de saúde estarem em constante atualizações/ qualificações/ ensinamentos para as demandas dos serviços e saúde.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Sendo assim, tem-se uma EC, ampliada como extensão do modelo acadêmico, baseada no conhecimento técnico científico, com ênfase em capacitações, ensinamentos a fim de adequar os profissionais da saúde ao trabalho, de modo que a EC não é um espaço de reflexão e crítica acerca dos cuidados, mas uma reprodução de conhecimentos já existentes.

O Ministério da Saúde¹⁸ entende a Educação em Saúde (ES) como uma importante ferramenta no processo de sensibilização individual e coletiva de responsabilidade e direitos à saúde. É um processo inerente a todas as práticas desenvolvidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). E a educação em saúde pode e deve ser executadas em qualquer ambiente como enfermarias, consultórios, salas de aula, grupo terapêutico, unidades de saúde, salas de espera e outros, desde que haja um propósito e ambiente propício (SILVA, 2006). Quando perguntado a alguns dos entrevistados (gestores e trabalhadores) quanto à definição de educação permanente em saúde, estes responderam que seu conceito se aproximava do de educação em saúde. Tais respostas influenciadas pelas práticas do dia a dia, um cotidiano marcado por atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças direcionado a população e seus serviços.

Assim, “a educação em saúde tem como objetivo o desenvolvimento profissional, provendo os serviços de profissionais mais capacitados para o trabalho” (FARAH, 2003, p. 122), ou seja, é essencial para o processo de trabalho, composta por ações educativas no ambiente de trabalho para fazer com que o profissional relacione-se com o que está sendo transmitido na sua prática diária.

Porém, em meio a esta investigação, um outro grupo de trabalhadores e gestores participantes da pesquisa confundiram suas concepções e práticas da Educação em Saúde como a materialização do Processo de Trabalho como um todo, reduzindo a Educação Permanente como desconfiguração de uma problematização para se imbuir da própria prática dos serviços. O processo de trabalho (PT) em saúde segundo Peduzzi e outros (2011) é constituído pelos objetos de trabalho, que resultam de recortes técnico-sociais na leitura das necessidades de saúde, sobre os quais incidem as ações dos diferentes profissionais, mediadas por instrumentos materiais e não materiais. O mesmo integra os processos específicos de cada área que compõe o campo da saúde, pois cada uma constitui, histórica e socialmente, objetos de intervenção, instrumentos - em particular os saberes -, agentes e finalidades próprias.

Nesse contexto, é percebido a discussão do PT, sendo este identificado por meio dos problemas no âmbito do trabalho e da comunicação interpessoal. O processo de trabalho em saúde vincula-se intrinsecamente ao processo saúde-doença no qual se coaduna um determinado modo de produção; situa-se um processo de reprodução social que se concretiza em uma dada formação social que se articula com as estruturas sociais e suas relações (PEREIRA et al, 2007)

De uma forma geral, diante dos contextos apresentados anteriormente, quando perguntado aos entrevistados o que este entenderia por EP, e os mesmo respondendo concepções diferentes, tal como a EC, ES. Foi percebido uma fragilidade na formação de muitos profissionais que atua nas equipes de saúde da família, e a necessidade de investir na EPS com a finalidade de articular serviço e ensino.

Conclusão

O estudo permitiu evidenciar que as práticas de educação permanente em saúde é uma ferramenta para construção do cuidado na Atenção Primária a Saúde, pois permite a reflexão acerca do processo de trabalho dos profissionais envolvidos nas práticas de educação em saúde nos espaços coletivos.

Através desta discussão, com base nos depoimentos apresentados, há dificuldades relacionadas à operacionalização da EPS, como a formação e capacitação insuficiente, sobrecarga e não valorização do trabalho, acompanhadas por sentimentos de impotência, frustração e envolvimento excessivo; sentimentos que deixam o trabalhador da ESF em situação de vulnerabilidade que repercutem no cuidado com os usuários por eles atendidos (KANNO et al, 2012).

Desta maneira, a Educação Permanente em saúde é uma ferramenta invisível nas práticas da Estratégia Saúde da Família no município de Senhor do Bonfim-BA, do ponto de vista teórico e prático. Observou-se que os gestores e trabalhadores da atenção básica demonstraram menor apropriação acerca da concepção de EPS ao confundirem ou desconhecerem seu conceito e desenvolvimento na prática, inserindo em suas falas como sinônimo de educação continuada e/ ou educação em saúde, ou ainda como o próprio desenvolvimento do trabalho na ESF. Assim, a EPS é percebida na prática dos participantes da pesquisa como proposta com finalidades diferentes, evidenciando concepções de EPS, EC e ES nas ações educativas e no cotidiano das ações de saúde.

Conclui-se, neste estudo, a Educação Permanente em Saúde se configurou enquanto utopia e por vezes intenção de ser estratégia de problematização das práticas de saúde, com a multiprofissionalidade dos trabalhadores em saúde engajados, a fim de atender as necessidades de saúde da população e permitindo a transformação das práticas dos trabalhadores e/ ou gestores envolvidos na Estratégia Saúde da Família. Urge a transformação deste cenário em realidade nas práticas da Saúde da Família a fim de reinventar o trabalho com vistas à mudança do modelo de atenção à saúde e a ampliação do conceito de processo saúde-doença arraigado e praticado pelos sujeitos envolvidos no cuidado em saúde.

Referências

BACKES, VMS; LINO, MM; PRADO, ML; REIBNITZ, KS; CANAVER, BP. Competência dos enfermeiros na atuação como educador em saúde. **Rev Bras de Enferm**, v. 61, n. 6, p. 858-865, 2008.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: MS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. Dispõe a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, 21 out de 2011.

CAROTTA, F; KAWAMURA, D; SALAZAR, J. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. **Saúde e sociedade**, v. 18, n. 1, p. 48-51, 2009.

CECCIM, RB. [Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário](#). **Interface** (Botucatu), v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.

CECCIM, RB; Feuerwerker, LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Rev de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

Farah BF. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções? **Rev APS**, v.6, n. 2, p. 123-125, 2006

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

KANNO NP, BELLODI PL, TESS BH. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. **Saúde sociedade**, v. 21, n.4, 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.) **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2000.

NUNES, M.F. A proposta da educação permanente em saúde na formação de cirurgiões-dentistas em DST/HIV/Aids. **Interface** (Botucatu), v. 12, n. 25, p. 413-420, 2008.

PEDUZZI, M et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de unidades básicas de saúde em São Paulo. **Interface** (Botucatu), v. 13, n. 30, p. 121-134, 2009.

Peduzzi, M; Carvalho, BG; Mandú, EMT; Souza GC; Silva, JAM. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis** Revista de Saúde Coletiva, v. 21, n. 2, p. 629-646, 2011.

Pereira, EG.; Soares, CB.; Campos, CMS. Uma proposta de construção da base operacional do processo de trabalho educativo em saúde coletiva. **Rev Latino-Am de Enfermagem**, v. 15, n. 6, p. 1061-1071, 2007.

Ricaldoni, CAC; Sena, RR. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 14, n. 6, 2006.

Silva, JLL. Educação em saúde e promoção da saúde: a caminhada dupla para a qual idade de vida do cliente. **Informe em promoção da saúde**, v. 1, n. 1, p. 3, 2006.

Agradecimentos

Agradeço a construção desta pesquisa enquanto fruto do trabalho de conclusão de curso de Bacharelado em Enfermagem pela Universidade do Estado da Bahia da discente Eliane dos Santos Bonfim, que, com muita dedicação, compromisso, vontade, inteligência e criatividade, conseguiu expressar toda sua potência enquanto atual trabalhadora do SUS, militante estudantil e pesquisadora.

PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DE ESCOLAS PÚBLICAS

Apresentadora – Thaís Kamilla Alves Pereira. Acadêmica de Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande, kamillatkap_thais@hotmail.com

Amanda Fernandes Machado. Universidade Federal de Campina Grande.

Karolliny Abrantes de Sousa. Universidade Federal de Campina Grande.

Luma Rosane de Abreu. Universidade Federal de Campina Grande

Co-orientadora – Álissan Karine Lima Martins. Professora Doutora. Universidade Federal de Campina Grande.

Orientadora – Francisca Bezerra de Oliveira. Professora Doutora. Universidade Federal de Campina Grande.

Palavras-chave: Saúde Mental. Educação em saúde. Reforma Psiquiátrica. Inclusão social. Estigma.

Resumo

O sofrimento psíquico representa um grave problema de saúde mental a nível mundial e afeta pessoas de todas as idades, culturas e nível socioeconômico. Propomos, nesse trabalho refletir sobre a realização do Projeto de Extensão “Práticas Educativas em Saúde Mental no Contexto de Escolas Públicas”, considerando que as instituições de ensino são espaços privilegiados para práticas preventivas e promotoras de saúde, as quais incluem a educação para saúde. O Projeto tem como objetivo geral debater temas relevantes do campo da saúde mental com estudantes do ensino fundamental de escolas públicas, do município de Cajazeiras – PB, a partir de materiais didáticos existentes, bem como confeccionados por alunos dos cursos de bacharelado em Enfermagem. O desenvolvimento das atividades com os alunos do ensino fundamental se dá em encontros periódicos programados junto à direção das referidas escolas, em momentos denominados oficinas de trabalho, através das quais serão debatidos temas de saúde mental, tais como conceitos, estigmas, depressão, ansiedade, anorexia, bulimia, bullying, dependência química, maternidade na adolescência e serviços de saúde mental do

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

referido município. Para sua execução estão sendo realizadas palestras, rodas de conversa, dramatizações, paródias, vídeos e outros recursos didáticos. Os resultados esperados envolvem o empoderamento da comunidade estudantil acerca das temáticas abordadas, favorecendo práticas educativas, atitudes mais saudáveis, redução de estigma e a inclusão social de pessoas com sofrimento psíquico.

Introdução

A educação em saúde como área de saber requer uma visão multifacetada de distintas ciências, tanto da educação como da saúde, integrando disciplinas como psicologia, saúde mental, sociologia, filosofia, antropologia, história e psicanálise. Esse entendimento é reforçado ao se afirmar a educação em saúde como um campo para o qual convergem diversas concepções, as quais espelham diferentes representações do mundo, demarcadas por distintas posições político-ideológico-filosóficas sobre o homem e o contexto social (SCHALL, 1999).

As práticas educativas em saúde coletiva e mental visando sua promoção podem ser um instrumento virtuoso para concretude da cidadania e da melhoria da qualidade de vida de uma população. Possivelmente quanto mais conhecimento, consciência crítica e sensibilização, mais comprometidos estarão os sujeitos com ações de transformação da realidade para a libertação das pessoas (FREIRE, 1980). Nessa relação educativa, a produção do conhecimento passa a ser coletiva, gerando uma modificação mútua, porque ambos são construtores/produtores de conhecimentos distintos, favorecendo a construção de uma sociedade mais solidária e a inclusão de pessoas em desvantagem social e/ou com sofrimento psíquico.

O compromisso ético de que as pessoas têm direito à saúde, a uma vida digna, a autonomia a despeito de doenças ou outras limitações econômicas e sociais, tem sido a característica de alguns projetos inovadores na área da saúde mental inspirados nos princípios da Reforma Psiquiátrica. Esses projetos são conduzidos por profissionais que buscam, na prática cotidiana, a ruptura com o modelo asilar, o estigma e à exclusão social (OLIVEIRA, *et al*, 2012).

A Reforma Psiquiátrica a partir da Lei 10.216 possibilitou avanços no campo da saúde mental: criação de serviços de base comunitária como (CAPS, Residências Terapêuticas, leitos de atenção integral em hospitais gerais, etc), ações de saúde mental na rede básica, na educação e atenção integral e construção da cidadania/autonomia da pessoa com sofrimento psíquico. (OLIVEIRA *et al*, 2012).

Um componente fundamental no processo da Reforma Psiquiátrica é a interlocução dos campos da saúde e da educação. O importante é que ambos devem ter como matriz comum a vontade de mudar a sociedade de modo que ela possa ser mais generosa, inclusiva e solidária. É necessário compartilhar planos e ações que contribuam para a constituição de rede de atores comprometidos com a justiça social e econômica, a solidariedade, a equidade e a ética, portanto, comprometidos com a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida da comunidade, da cidade, contribuindo efetivamente para uma sociedade mais saudável e inclusiva.

Assim, entendemos que o avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil passa pela necessidade de assegurar uma formação em saúde, com a inclusão de temáticas do SUS: saúde mental, sofrimento psíquico, inclusão social, estigma, direitos humanos e outros temas, no ensino fundamental, básico, técnico e superior.

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial reafirma a necessidade de se construir ações intersetoriais entre as redes de educação e de saúde/saúde mental, visando à inclusão de pessoas com deficiência e sofrimento psíquico nas escolas (rede pública e privada de ensino), tanto na educação básica e superior quanto na Educação de Jovens e Adultos (EJA) (SUS, 2010).

As políticas de saúde mental reconhecem a instituição escolar como espaço privilegiado para práticas promotoras da saúde, preventivas e de educação para saúde. Nesse contexto escolar encontram-se diferentes sujeitos, dentre os quais estudantes e professores, com histórias e papéis sociais distintos, que produzem modos de refletir e agir sobre si e o mundo, devendo ser corresponsáveis pelas mudanças de comportamento frente aos estigmas sociais, como também produtores de saúde e de vida alegre (BRASIL, 2008).

Nessa perspectiva, compreendemos a escola como um espaço relevante na promoção de saúde, consubstanciado por meio de palestras, debates, exercendo papel fundamental na formação do cidadão crítico, estimulando a autonomia, o exercício de direitos e deveres, como por atitudes mais saudáveis e inclusivas. O processo de construção de saberes é contínuo, e tanto os professores como os estudantes são atores importantes no processo de mudança de hábitos e atitudes prejudiciais à saúde.

É preciso colocar o nosso conhecimento, ousadia, paixão e criatividade a serviço da construção de uma sociedade mais justa, mais fraterna, que acolha o diferente e veja positividade na experiência da loucura. Segundo Oliveira e Fortunato (2007, p.161) “Só assim será possível construir práticas fundamentadas num cuidar competente, ético, criativo e solidário” e proporcionar a inclusão social das pessoas com sofrimento psíquico, por meio de informações, sensibilizações de estudantes e demais segmentos sociais, sobre temas pertinentes ao campo da saúde mental.

Assim, decidimos desenvolver este Projeto de Extensão em espaços escolares de ensino fundamental da rede pública de Cajazeiras – PB, objetivando desenvolver ações efetivas em promoção da saúde, especialmente em saúde mental que contribuam para o empoderamento dos estudantes sobre temas nesse campo do saber, favorecendo práticas educativas, atitudes mais saudáveis, redução de estigma e a inclusão social de pessoas com algum tipo de sofrimento psíquico.

Metodologia

As atividades do Projeto de Extensão estão sendo desenvolvidas desde maio de 2014, por uma equipe de trabalho composta por docentes e discentes do curso de graduação de Enfermagem/CFP/UAENF, em atividades com estudantes da rede de ensino fundamental do município de Cajazeiras - PB, a partir de reuniões programadas e agendadas em conformidade com o cronograma de trabalho fornecido pela Secretaria de Educação do referido município e com a anuência dos diretores das Escolas: Municipal de Ensino Infantil e Fundamental Cecília Estolano Meireles e a Escola Municipal de Ensino Fundamental Vitória Bezerra.

O projeto deverá ser executado em cinco etapas: 1ª - Visitas às escolas da rede municipal de ensino fundamental, como forma de reconhecer o contexto do espaço escolar e a população alvo deste projeto; 2ª - Definição de temas em saúde mental a serem abordados com os estudantes, através da aplicação de questionários; 3ª - Construção de estratégias como dramatização, paródias, rodas de conversa, folders, escolha de filmes e elaboração de uma cartilha com temas em saúde mental, possibilitando o debate sobre temas relevantes nesse campo do saber; 4ª - Produção de oficinas para sensibilização dos estudantes, por meio de debates e rodas de conversa sendo estas com duração de 3 horas. Essas oficinas ocorrerão nos ambientes das escolas, devidamente reservada para este fim. Os encontros serão semanais, iniciados a partir do mês de agosto, estendendo-se até novembro de 2014, nos quais serão apresentados e discutidos os conteúdos relacionados à saúde mental: como por exemplo, políticas de saúde mental, conceitos, preconceitos, depressão, ansiedade, anorexia, bulimia, bullying, dependência química, maternidade na adolescência e formas de cuidar e conviver com pessoas que apresentam transtorno mental; 5ª – divulgação dos resultados deste projeto em eventos científicos, a exemplo do Encontro de Extensão da UFCG, seminários, congressos, periódicos, jornais, veículos de comunicação de massa como o rádio, internet e outros. As etapas 1 e 2 foram já concluídas.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Resultados e Discussão

Os resultados são parciais, pois o projeto encontra-se em andamento desde maio 2014, sendo possível observar uma integração entre a equipe do projeto e a Secretaria de Educação do município, com colaboração de informações para planejamento das ações. Foi realizado um encontro junto com a equipe de professores da Escola Municipal de Ensino Infantil e Fundamental Cecília Estolano Meireles junto à direção, com colaboração e planejamento comum das ações. Nove participantes sinalizaram possíveis temas a serem abordados na prática com os alunos do ensino fundamental da referida escola, concluindo que houve uma ótima interação entre os presentes.

Foram realizados também encontros com os alunos de sete turmas, sendo aplicado um questionário contendo quinze questões de caráter sociodemográfico e sobre temas de saúde mental, como: ansiedade, depressão, bulimia e anorexia, bullying, gravidez na adolescência, álcool e drogas, hiperatividade, políticas de saúde mental, serviços de saúde mental existentes no município. Dentre essas temáticas os alunos destacaram aquelas que eles teriam mais interesse que fossem debatidas e apresentadas em oficinas: bullying, ansiedade e álcool e outras drogas. Foi possível perceber a partir da aplicação desse instrumento que os alunos apresentam pouco conhecimento sobre saúde mental.

Para Amarante (2011) e Oliveira (2012) a saúde mental é ainda um tema pouco debatido em instituições de ensino (escolas, universidades), de saúde (rede básica de saúde), como também em eventos científicos (congressos, encontros, jornadas). Por ser um tema transversal deve necessariamente dialogar com diversas áreas do saber como Filosofia, Psicologia, Psicanálise, Psiquiatria e educação, como também com atores sociais diversificados: estudantes, professores, artistas, intelectuais, familiares, usuários e população em geral. Isto possivelmente poderá possibilitar um “olhar” diferenciado sobre a loucura, a redução do estigma, o respeito à diversidade e mudanças no comportamento, com atitudes mais saudáveis.

As metas a serem alcançadas a partir deste projeto caminham nessa perspectiva. As oficinas de sensibilização a serem realizadas com os alunos de ensino fundamental objetivam promover o empoderamento desses atores sociais sobre temas de saúde mental, como também possibilitar um processo de aprendizagem de como lidar melhor com os conflitos, as fragilidades, a subjetividade e à alteridade. Só assim será possível acolher “o outro como outro de nós”, inclusive o sujeito com sofrimento psíquico. Dessa forma, desconstrói-se a ideia de que o louco é um ser perigoso e deve ser excluído da sociedade (YASUI, 2010).

Ao final das atividades desenvolvidas, pretendemos que os estudantes do ensino fundamental das escolas públicas participantes deste projeto percebam seu papel como atores sociais importantes no processo de transformação da realidade e construção de uma sociedade mais inclusiva, humana e alegre, tornando-se multiplicadores de saberes e fazeres no campo da saúde mental.

Conclusão

Ao final das atividades desenvolvidas, pretendemos que os estudantes do ensino fundamental das escolas públicas participantes deste projeto percebam seu papel como atores sociais importantes no processo de transformação da realidade e construção de uma sociedade mais inclusiva, humana e alegre, tornando-se multiplicadores de saberes e fazeres no campo da saúde mental.

Referências

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

BRASIL. **Revista Brasileira Saúde da Família**. 2008. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia17.pdf> Acesso em: 10 de agosto de 2011.

OLIVEIRA, F.B.; et al. **Reforma Psiquiátrica: saúde mental no contexto da saúde da família**. In: OLIVEIRA, F.B.; LIMA JÚNIOR, J. F.; MOREIRA, M. R. C. **Resgatando saberes e ressignificando práticas: interfaces no campo da saúde coletiva**, Campina Grande: Editora da UFCG, 2012, p. 75-89.

OLIVEIRA, F. B. de; FORTUNATO, M. L. Reabilitação psicossocial na perspectiva da reforma psiquiátrica. **Vivência**, EDFRN nº 32, 2007. p.155-161.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2010.

SCHALL, VT; STUCHINER, M. Educação em saúde: novas perspectivas. **Cad. Saúde Pública**; (2):4-5, 1999.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final** da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p.

Agradecimentos

Agradecemos à Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Campina Grande, que colabora com o Projeto, através do seu Programa de Bolsa de Extensão (PROBEX). Agradecemos à Secretaria de Educação de Cajazeiras-PB. Agradecemos a direção da Escola Municipal de Ensino Infantil e Fundamental Cecília Estolano Meireles e a Escola Municipal de Ensino Fundamental Vitória Bezerra, pelo apoio e acolhimento.

PRÁTICAS EDUCATIVAS PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

Thaís dos Santos – Universidade Federal de Minas Gerais – Email: thais.arrebol@gmail.com

Maria das Dores Faustino – Universidade Federal de Minas Gerais

Ana Graziela Alves Kaiser – Universidade Federal de Minas Gerais

Nelma de Jesus Braz – Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

Maria Letícia Barbosa Braga – Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

Edna Maria Rezende – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

Palavras-chave: Prática educativa. Infecção hospitalar. Jogo educativo. Prevenção. Controle.

Resumo

Introdução: As infecções relacionadas à assistência à saúde prolongam o período de internação, contribuem para a resistência microbiana e apresentam alta mortalidade. Uma das formas de controle de infecções é a adesão a medidas preventivas. A utilização de materiais lúdicos por profissionais de saúde, em ações educativas, facilita e complementa o processo de aprendizagem. **Objetivo:** Sensibilizar usuários sobre medidas de prevenção e controle de infecções. **Método:** As ações foram desenvolvidas por meio de jogo educativo, entre dezembro de 2012 e maio de 2013. Público-alvo: pacientes, acompanhantes e visitantes. Antes do início do jogo foi aplicado um pré-teste, no qual os participantes responderam, sim ou não, a nove afirmativas sobre prevenção e controle de disseminação de microrganismos. No decorrer da atividade os jogadores foram estimulados a refletirem sobre as afirmativas selecionadas, e logo após, esclarecidos os temas abordados nas cartas. Ao término, foi aplicado um pós-teste com as mesmas afirmativas do pré-teste. **Resultados e discussão:** Participaram 47 pessoas. Os temas com as maiores taxas de erro antes da realização da atividade foram: compartilhamento de objetos; proteção do paciente por meio somente do uso de luvas e recebimento de flores em hospital. O número de acertos no pós-teste foi maior em relação ao pré-teste para as mesmas afirmativas avaliadas. Além disso, as questões com índice elevado de acertos no pré-teste, mantiveram os mesmos resultados. A prática educativa mostrou-se efetiva para conscientização de pacientes, acompanhantes

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

e visitantes. **Conclusão:** Os conhecimentos adquiridos pelos usuários poderão contribuir para mudanças de comportamentos e atitudes em hospitais.

Introdução

As infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) constituem uma preocupação não somente dos órgãos de saúde, mas de toda a sociedade. Pelas implicações de ordem social, econômica, jurídica e ética, com sérios transtornos para a vida dos usuários, tornou-se um problema de saúde pública. As IRAS causam um grande impacto nas redes hospitalares públicas e privadas, uma vez que, dependendo do quadro infeccioso, os pacientes têm o período de internação prolongado, podem desenvolver resistência antimicrobiana e apresentam alta mortalidade. Segundo Primo (2010), cerca de 30% dos casos de IRAS são preveníveis por medidas elementares, como a lavagem das mãos.

A presença de patógenos nas mãos e no ambiente é fator de risco para o hospedeiro susceptível. As infecções podem ser evitadas rompendo a cadeia de transmissão dos microrganismos por meio de medidas reconhecidamente eficazes como a lavagem das mãos, o processamento dos artigos e superfícies, a utilização dos equipamentos de proteção individual, no caso do risco laboral, e a observação das medidas de assepsia (PEREIRA *et al.*, 2005).

Segundo estudo de Hota (2004), microrganismos como *Enterococcus* Resistente a Vancomicina (VRE) e *Staphylococcus aureus* Resistente a Meticilina (MRSA) colonizam principalmente roupas de cama, vestuário do paciente, mesa de cabeceira, esfigmomanômetro, grade da cama, maçanetas e bombas de infusão.

Além desses microrganismos, outros como *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*, *Klebsiella spp.* e *Escherichia coli*, são frequentemente isolados de pacientes internados no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC/ UFMG).

Nesse sentido, a educação em saúde, uma das áreas de atuação da enfermagem, tem papel fundamental na conscientização de pacientes, acompanhantes e visitantes para prevenção e controle da disseminação de microrganismos em ambiente hospitalar. Visando facilitar esse processo, podem ser desenvolvidos materiais educativos como elementos facilitadores e de suporte complementar a práticas educativo-pedagógicas. Os jogos educativos, instrumentos eficientes de ensino e aprendizagem, são considerados um recurso de comunicação e expressão, interativo e motivante, esclarecedor de dúvidas, além de propiciarem satisfação emocional imediata aos participantes (BARBOSA *et al.*, 2010; ANDRADE, *et al.*, 2008).

Assim, o objetivo deste estudo, foi sensibilizar pacientes, acompanhantes e visitantes de um hospital universitário de Belo Horizonte – MG, sobre medidas de prevenção e controle de infecções, utilizando-se para isso atividades educativas por meio de um jogo lúdico-pedagógico.

Metodologia

Trata-se de ação na área de educação em saúde e prevenção e controle de infecções associadas à assistência à saúde. As atividades foram realizadas no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), por acadêmicas de enfermagem da UFMG sob orientação de enfermeiras da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, entre os meses de dezembro de 2012 e maio de 2013. A estratégia utilizada para explorar os conteúdos relacionados à prevenção e controle de disseminação de microrganismos em ambiente hospitalar foi um jogo educativo. As atividades foram desenvolvidas em unidades de internação do hospital, a saber: unidades de clínica médica, clínica cirúrgica e gastroenterologia, com duração aproximada de uma hora, duas vezes na semana.

Ao chegar à unidade, o enfermeiro assistencial foi comunicado e sugeriu que as atividades fossem realizadas em uma enfermaria, na qual os pacientes estivessem menos debilitados. Na enfermaria direcionada, as acadêmicas se apresentaram e explicaram a dinâmica do jogo, convidando os presentes a participarem. Antes do início do jogo foi aplicado um pré-teste, no qual os participantes responderam, sim ou não, a nove afirmativas sobre prevenção e controle de disseminação de microrganismos. O objetivo foi avaliar o conhecimento prévio dos jogadores acerca do assunto. As afirmativas estão descritas a seguir: 1) Você lava as mãos sempre quando entra ou sai da enfermaria ou quarto; 2) Você é solidário e empresta suas coisas para os colegas da enfermaria; 3) No hospital, para higienização das mãos, utiliza sabão em barra; 4) Você pode trazer as roupas limpas de casa para usar no hospital; 5) Você não tocou em nada aparentemente sujo, logo suas mãos estão limpas; 6) Você recebe alimentos dos seus visitantes e acompanhantes; 7) Você vai estar protegido se o profissional usar somente luvas; 8) Para tocar em paciente com precaução de contato, os profissionais sempre devem utilizar luvas e capote; 9) Você pode receber flores em ambiente hospitalar.

O jogo utilizado como estratégia, trata-se de tabuleiro, constituído de 45 casas, sendo 36 casas para perguntas, 5 casas para histórias, que refletem situações de contaminação nosocomial, denominadas “campo contaminado” e 4 casas voltadas para histórias de prevenção e controle efetivo de infecção, denominadas “campo descontaminado”. Há, ainda, dois dados, quatro peões e 37 cartas, das quais, 20 cartas são destinadas às perguntas, 9 cartas são destinadas ao “campo contaminado” e 8 cartas são destinadas ao “campo descontaminado”.

No decorrer da atividade, à medida que os participantes iam percorrendo as casas do tabuleiro, os jogadores foram estimulados a refletirem sobre os temas abordados e tiveram suas dúvidas retiradas. Ao término da dinâmica foi aplicado um pós-teste com as mesmas afirmativas do pré-teste.

Resultados e Discussão

Após análise dos pré-testes de pacientes, acompanhantes e visitantes, verificou-se que 93,6% dos participantes responderam errado a afirmativa 9, referente ao recebimento de flores em ambiente hospitalar; 40,4% erraram as afirmativas 2 e 7, relativas ao compartilhamento de objetos na enfermaria e à proteção do paciente somente com o uso de luvas pelos profissionais, respectivamente; 29,8% erraram a afirmativa 6, relacionada ao recebimento de alimentos levados por visitantes e acompanhantes; 27,7% erraram a afirmativa 5 que aborda a limpeza das mãos; 25,5% erraram a afirmativa 4, referente ao uso de roupas trazidas de casa no hospital; 17,0% responderam errado a afirmativa 3, relativa ao uso do sabão correto para a lavagem das mãos; 12,8% erraram a questão 8, relacionada aos cuidados que os profissionais devem ter com pacientes em precaução de contato e 10,6% erraram a afirmativa 1 que aborda a lavagem das mãos após entrar e antes de sair da enfermaria (Gráfico 1).

Os resultados da análise dos pré-testes dos acompanhantes/ visitantes mostraram que 6,4% erraram as afirmativas 1, 2, 4, 5 e 7, referentes à lavagem das mãos após entrar e antes de sair da enfermaria, ao compartilhamento de objetos na enfermaria, ao uso de roupas trazidas de casa no hospital, à limpeza das mãos e à proteção do paciente somente com o uso de luvas pelos profissionais, respectivamente; 4,3% erraram a afirmativa 3 relacionada ao uso do sabão correto para a lavagem das mãos e 2,1% erraram as afirmativas 6, 8 e 9 relativas ao recebimento de alimentos levados por visitantes e acompanhantes, aos cuidados que os profissionais devem ter com pacientes em precaução de contato e ao recebimento de flores em ambiente hospitalar, respectivamente (Gráfico 2).

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

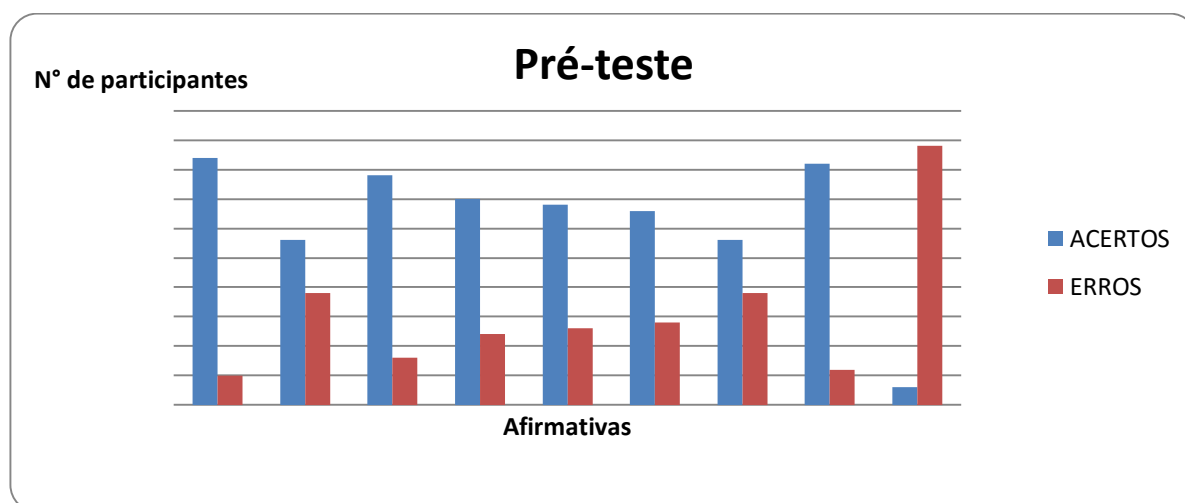


Gráfico 1 - Pré-testes realizados com pacientes, acompanhantes e visitantes atendidos no Hospital das Clínicas da UFMG, no período de dezembro de 2012 a maio de 2013.

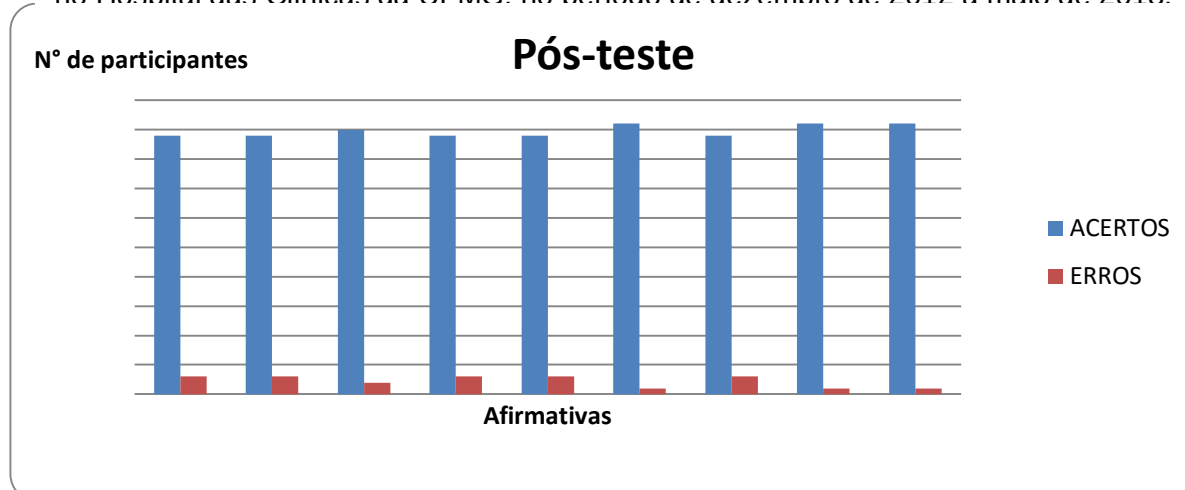


Gráfico 2 - Pós-testes realizados com pacientes, acompanhantes e visitantes atendidos no Hospital das Clínicas da UFMG, no período de dezembro de 2012 a maio de 2013. Belo Horizonte, 2014.

Os resultados do pré-teste mostram que as questões com os maiores percentuais de erros, ou seja, aquelas que mais geraram dúvidas, quando comparadas ao pós-testes, reduzem consideravelmente: as afirmativas referentes ao recebimento de flores caiu de 93,6% para 2,1% e aquelas que abordavam o compartilhamento de objetos em enfermarias e a proteção do paciente somente com o uso de luvas pelos profissionais, de 40,4% para 6,4%.

Quando comparados os resultados do pré-teste com os resultados do pós-teste observou-se que o número de acertos, de forma geral, cresceu (Gráfico 3).



Gráfico 3 - Comparação entre número de acertos de pacientes, acompanhantes e visitantes no pré e pós-teste, da ação educativa realizada no Hospital das Clínicas da UFMG. Belo Horizonte, 2014.

A utilização do jogo para abordar a prevenção e o controle da disseminação de microrganismos no ambiente hospitalar foi bem aceito pelos pacientes, visitantes e acompanhantes. Consideraram o uso do jogo uma forma divertida de tratar de um assunto sério, fazendo o tempo passar mais rápido, distraíndo-os e conscientizando-os. Assim como neste estudo Toscani (2007), Nogueira (2011) e Torres (2003) também utilizaram jogos educativos, como estratégias para a aprendizagem de pacientes e comunidade em geral. Ressaltam que os jogos possibilitam um ambiente prazeroso, descontraído e criativo, que facilita a dinamização do conhecimento e preserva as ações espontâneas.

Conclusão

As infecções relacionadas à assistência à saúde, causadoras de diversos transtornos ao paciente, familiares e aos profissionais da saúde, podem ser controladas por meio da adesão a medidas preventivas relativamente simples, como a lavagem das mãos.

O desenvolvimento de ações educativas no ambiente hospitalar voltadas para a prevenção e para o controle de microrganismos é uma das funções dos enfermeiros da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Quando associadas a essas atividades a utilização de materiais lúdicos, as ações educativas se tornam mais dinâmicas e atraentes aos participantes.

Assim, o uso de estratégias lúdico-pedagógicas em ambiente hospitalar, mostrou-se um recurso positivo para o desenvolvimento de ações de educação em saúde. Apesar dos resultados positivos quanto à aquisição de conhecimentos de pacientes, acompanhantes e visitantes acerca dos temas sobre o controle de disseminação de microrganismos é necessário também que as instituições de saúde forneçam condições para que a comunidade hospitalar atendida passa executar da forma correta os novos conhecimentos adquiridos. Nada adianta ensinar acompanhantes e visitantes a lavarem as mãos se em uma enfermaria não houver sabão no dispensador.

Referências

- Andrade RD.; *et al.* **Jogo educativo:** capacitação de agentes comunitários de saúde sobre doenças respiratórias infantis. *Acta Paul Enferm* 2008;21(3):444-8.
- Barbosa SM.; *et al.* **Jogo educativo como estratégia de educação em saúde para adolescentes na prevenção às DST/AIDS.** *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2010;12(2):337-41. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a17.htm>>. Acessado em: 05/08/2014.
- Hota B. **Contamination, disinfection, and cross-colonization: are hospital surfaces reservoirs for nosocomial infection?** *Clinical Infectious Disease*, 2004; 39:1182-1189.
- Nogueira MJ, *et al.* **Criação compartilhada de um jogo:** um instrumento para o diálogo sobre sexualidade com adolescentes. *Ciência & Educação*, v. 17, n. 4, p. 941-956, 2011.
- Pereira MS. **A infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar em enfermagem.** *Texto contexto - enferm.* vol.14 no.2 Florianópolis Apr./June 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000200013>>. Acessado em: 05/08/2014.
- Primo MGB, Ribeiro LCM, Figueiredo LFS, Sirico SCA, Souza MA. **Adesão à prática de higienização das mãos por profissionais de saúde de um Hospital Universitário.** *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2010 abr./jun.;12(2):266-71. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/10.5216/ree.v12i2.7656>>. Acessado em: 05/08/2014.
- Torres HC.; Hortale VA e Schall V. **A experiência de jogos na educação em saúde para diabéticos.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(4):1039-1047, jul-ago, 2003.
- Toscani, NV, *et al.* **Development and analysis of an educational game for children aiming prevention of parasitological diseases.** *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.11, n.22, p.281-94, mai/ago 2007.

PRÁTICAS EDUCATIVAS POR ENFERMEIROS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO DESCRITIVO-EXPLORATÓRIO

Joyce Wadna Rodrigues de Souza - Universidade Federal de Campina Grande (wadnajoyce@gmail.com)

Ananeide Fernandes Vieira - Universidade Federal de Campina Grande

Emanuel Alexandre Tavares de Sousa - Universidade Federal de Campina Grande

Fabiane do Amaral Gubert – Universidade Federal do Ceará

Neiva Francenely Cunha Vieira - Universidade Federal do Ceará

Álissan Karine Lima Martins - Universidade Federal de Campina Grande

Palavras-chave: Educação em Saúde. Enfermagem. Atenção Primária em Saúde.

Resumo

A educação em saúde, sobretudo na Estratégia Saúde da Família, tem se destacado como parte integrante do processo de trabalho da enfermagem. Para o enfermeiro, a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem regulamenta que a educação em saúde é uma atividade inerente ao profissional enfermeiro, visando à melhoria da saúde do indivíduo, da família e da população em geral. Desta forma, o estudo objetiva investigar as práticas educativas em saúde desenvolvidas pelos enfermeiros na Atenção Primária em Saúde, dentro do cenário da Estratégia de Saúde da Família no município de Cajazeiras – Paraíba. Pesquisa qualitativa do tipo exploratório-descritivo, desenvolvida com oito enfermeiros de unidades básicas de saúde do município de Cajazeiras – PB. O período da pesquisa compreendeu os meses de julho a setembro de 2012, com a realização de entrevista guiada por roteiro semiestruturado seguida da análise temática dos dados. Foram respeitados os aspectos éticos da Resolução N° 466/2012, com aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa do HUAC, com CAAE N° 04263212.6.0000.5182. No estudo, ficou constatada a importância das ações educativas na ESF, com ênfase sobre as principais estratégias implementadas, as parcerias e o foco das intervenções. Diante dos resultados obtidos, percebe-se que a APS, embora seja definida como uma atenção necessária para tornar os indivíduos acessíveis universalmente aos cuidados primários à saúde, necessita de um processo de reflexão. Nesta reflexão, o enfermeiro deve rever o modelo de assistência focalizado em suas práticas e buscar sensibilizar a população quanto ao seu papel no processo saúde-doença.

Introdução

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define promoção à saúde como um processo de capacitação da comunidade com ênfase na assistência holística, não mais voltada exclusivamente ao curativismo e que integra ações educativas sensíveis aos determinantes e condicionantes da saúde de cada usuário, grupo ou família. Neste contexto, as práticas educativas em saúde referem-se ao desenvolvimento de ações individuais e coletivas que melhorem a qualidade de vida e saúde, funcionando como ferramenta que promova reflexões e conduza mudanças saudáveis no estilo de vida e atitudes dos usuários.

Diante disso, o Ministério da Saúde prioriza que as ações de promoção à saúde sejam realizadas no nível da Atenção Primária em Saúde (APS) também chamada de Atenção Básica pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Trata-se de um "conjunto de ações no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde" (BRASIL, 2011).

Observa-se que neste nível de atenção ainda estão presentes influências de valores assistenciais voltados ao curativo e biológico, detendo-se principalmente à doença. Entretanto, este modelo de assistência não é suficiente para atender as necessidades de saúde dos indivíduos e famílias, sendo necessário o surgimento de um serviço onde o modelo de atenção seja centrado na família e equipe – como a Estratégia de Saúde da Família.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem por objetivo reorganizar a assistência, fundamentando-se em uma abordagem humanizada, produzindo reflexos nos demais serviços do sistema de saúde, além de ser considerada como a principal estratégia da APS.

Mediante isso, entre as ações desenvolvidas pelos profissionais que compõem as equipes de saúde da família, está a educação em saúde, inserida no processo de trabalho, principalmente da enfermagem. O enfermeiro possui como particularidade dentro suas práticas o cuidado, o qual envolve o desenvolvimento de ações educativas enquanto estratégia essencial (ROECKER, 2011).

A educação em saúde, sobretudo na ESF, tem se destacado como parte integrante do processo de trabalho da enfermagem, pois os objetivos deste serviço só poderão ser alcançados por meio da inclusão dessa abordagem na assistência à comunidade. Para o enfermeiro, a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem regulamenta que a educação em saúde é uma atividade inerente ao profissional enfermeiro, visando à melhoria da saúde do indivíduo, da família e da população em geral (ROECKER, 2013).

Fortalecendo o papel e dever do profissional enfermeiro, Borges (2005) coloca que as práticas educativas andam lado a lado das práticas assistências, podendo ser desenvolvidas em qualquer cenário. Apesar disso, atualmente são encontrados lacunas a respeito do planejamento dessas práticas, evidenciadas pelo déficit de conhecimento da população sobre algumas atividades assistências realizadas na ESF, como por exemplo, a prevenção do câncer do colo do útero e exame das mamas.

Embasando-se no que vem a ser educação em saúde dentro do contexto da ESF e das atribuições do profissional da enfermagem neste serviço, surgiu o interesse em aprofundar-se sobre a conduta deste profissional no que diz respeito das práticas educativas individuais e coletivas.

Nesse sentido, o estudo objetiva investigar as práticas educativas em saúde desenvolvidas pelos enfermeiros na Atenção Primária em Saúde, dentro do cenário da Estratégia de Saúde da Família no município de Cajazeiras – Paraíba.

Metodologia

Estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa desenvolvido no município de Cajazeiras, no Estado da Paraíba. O município conta com 16 unidades da ESF's, contendo cada uma delas um profissional enfermeiro. Para seleção dos sujeitos, foram adotados como critérios de inclusão: ser enfermeiro da ESF no município; e de exclusão: estar trabalhando na unidade há menos de seis meses; assistir em unidade estabelecida em zona rural; está de férias ou de licença no período da obtenção dos dados; e se recusar a participar. Ao fim, participaram do estudo oito enfermeiros vinculados às ESF's do município.

O instrumento utilizado para a coleta foi um roteiro semiestruturado de perguntas, sendo composto por duas partes: a primeira contendo questões objetivas com dados sócio-demográficos, profissionais e de formação dos sujeitos, e a segunda com questões discursivas, abordando a educação em saúde naquele cenário.

A coleta de dados foi realizada através de agendamento prévio para aplicação das entrevistas, no período de junho a setembro de 2012. O roteiro foi aplicado com o auxílio de dispositivo para captação das falas, arquivando-as de forma segura e prática, para viabilização da análise dos dados.

A aplicação obedeceu três etapas: (1) iniciou-se com uma conversa amistosa entre o pesquisador e o pesquisado tendo por finalidade a explicação do conteúdo da pesquisa e o esclarecimento da participação voluntária além da total confidencialidade dos dados seguida da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); (2) de acordo com o explicitado ao profissional, deu-se início a entrevista e gravação das falas; (3) após a coleta dos dados, foi finalizada a entrevista com os agradecimentos cabíveis e aviso ao pesquisado da possibilidade de retorno, caso necessário, para obtenção de novos dados ou esclarecimentos de eventuais dúvidas.

Para a avaliação dos dados obtidos foi utilizado o método de análise temática, sendo realizada leitura exaustiva do material coletado e posteriormente extraídos os dados que serviram para análise e interpretação. Segundo Minayo (2007), a análise de conteúdo é composta por três etapas: a) pré-análise; b) exploração do material; e c) tratamento dos resultados/inferência/interpretação. Dessa, foram elencadas quatro categorias evidenciadas por trechos dos discursos dos enfermeiros e fundamentadas por literatura pertinente.

Foram obedecidos os princípios éticos para as pesquisas envolvendo seres humanos, conforme rege a Resolução N° 466/2012. O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), através da Plataforma Brasil, obtendo parecer favorável CAAE N° 04263212.6.0000.5182.

Resultados e Discussão

A partir da análise das entrevistas, os resultados foram elencados em três categorias: 1) o conceito de educação em saúde; 2) as estratégias, recursos e parcerias; e 3) extensão da ação educativa.

O conceito de promoção à saúde tem sido alvo de várias discussões desde a 1ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá (1986), onde promoção da saúde foi definida como sendo "o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo".

Baseado neste conceito fica claro que não ocorre o desenvolvimento correto da educação em saúde sem os atos de promoção à saúde, onde o objetivo é informar e empoderar a comunidade contribuindo para que haja o alcance do bem-estar em saúde, o que fica evidente nas falas obtidas a presença implícita desse conceito.

São ações educativas que são repassadas a comunidade para promoção da saúde. (Enf. 6).

Consiste em métodos que promovam a conscientização das pessoas enquanto aos processos saúde-doença, bem como as medidas preventivas de agravos e promoção a saúde. É o instrumento norteador da ESF. (Enf. 7).

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

A partir da fala exposta acima é possível conceituar a educação em saúde, pois envolve de forma holística tanto o indivíduo quanto o dever do enfermeiro(a) de colaborador na construção de conhecimento do processo saúde-doença à comunidade.

Atualmente, os profissionais inseridos nos serviços de APS têm buscado a superação da assistência curativista, voltada para a doença e não para o sujeito usuário do serviço que está inserido em um contexto social, em uma comunidade. Com a implantação da Estratégia de Saúde da Família, embasada em novas políticas públicas, os profissionais vêm trabalhando para que haja mudanças nesse formato de assistência, onde a proposta é priorizar práticas educativas voltadas para a promoção da saúde e participação da comunidade.

Trapé e Soares (2007) afirmam que educação em saúde não está limitada apenas “à prevenção de doenças, mas amplia-se para a esfera dos direitos e da construção da cidadania procurando discutir as raízes dos problemas de saúde nos moldes de um processo político e dialógico que possibilite a reflexão sobre a realidade social e sua transformação.”.

Na segunda categoria, ressalta-se que além de informar a comunidade, cabe ainda ao profissional enfermeiro, como membro da equipe, incentivar a comunidade a participar das ações educativas. Nas falas apreendidas nesta categoria, notou-se certa insatisfação dos profissionais devido à falta de apoio do município e seus órgãos para o desenvolvimento das práticas educativas, além da limitação do espaço físico para o bom desenvolvimento das atividades. Todavia, foi possível identificar nas falas a utilização de várias estratégias e parcerias com as instituições de ensino presentes no município como também com as demais equipes presentes na rede de atenção em saúde, como o Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF) como ponto positivo e de apoio.

“Utilizamos dinâmicas, semana da mulher, café da manhã e muitas das vezes a equipe do NASF nos auxilia.”(Enf.5).

“Distribuição de panfletos, palestras, rodas de conversas, livro de imagens. Fazemos parcerias com os alunos estagiários que se encontram na unidade.”(Enf.2).

No tocante a extensão da ação educativa, tanto individual como também coletiva, tem por função tentar romper com o modelo normatizador abrindo a vertente do modelo dialógico e de troca de experiências articulando em várias dimensões (ACIOLI, 2007). Tal perspectiva permite ao profissional tratar o usuário dos serviços de saúde como detentor de conhecimento e não somente um receptor de informações. Diante disso, foi possível observar que os tipos de ações educativas mais realizadas pelos profissionais foram unanimemente direcionados ao individual e ao coletivo.

“Coletiva e individual, pois cada uma é fundamental em determinada situação.”(Enf. 2).

“... orientação individual durante a consulta são mais utilizadas por mim, visto dessa maneira conseguir abordar mais individualmente cada caso e nortear as orientações especificamente para cada pessoa. Acredito que assim a população fixa melhor as orientações fornecidas.”(Enf. 7)

“...as ações coletivas para gestantes, hipertensos, diabéticos dentre outros. Predominante são desenvolvidas ações coletivas, porque atinge um contingente maior de pessoas.”(Enf. 8).

A prática da ação individual tem sua importância, pois é nela onde o usuário irá se sentir a vontade para revelar seus problemas e anseios que implicam no seu bem-estar. Esse vínculo permite a troca de informações, onde o cliente passe a confiar no profissional, proporcionando maior satisfação em relação à assistência prestada.

As ações de cunho coletivo também demonstram seu importante papel, uma vez que permitem a troca de conhecimentos e informações entre os usuários de um mesmo grupo de educação em saúde, além de possibilitarem aos profissionais traçarem um perfil socioeducacional daquela população. Fortalecendo esse aspecto de atividade coletiva, o Ministério da Saúde diz que a formação de grupos é atribuição de cada profissional vinculado a APS com fim de acompanhar sistemática e integralmente indivíduos que em comum requerem atenção mais reforçada (BRASIL, 2001), como exemplo tem-se os grupos de gestantes, hipertensos, diabéticos, dentre outros, que surgem a partir da necessidade da comunidade.

Conclusão

Diante os resultados obtidos, percebe-se que a APS, embora seja definida como uma atenção necessária para tornar os indivíduos acessíveis universalmente aos cuidados primários à saúde, necessita de um processo de reflexão. Nesta reflexão, o enfermeiro deve rever o modelo de assistência focalizado em suas práticas e buscar sensibilizar a população quanto ao seu papel no processo saúde-doença.

Neste contexto, o enfermeiro deve analisar o território e levantar as necessidades de saúde e bem-estar dos sujeitos, traçando o perfil das famílias com o objetivo de planejar ações que adequem-se ao contexto da comunidade. As ações devem partir do profissional junto à equipe de saúde, a fim de oferecer soluções às demandas de cada grupo assim como o alcance da integralidade.

Fica claro que há um longo caminho a ser percorrido para que as políticas públicas e os direitos dos cidadãos possam ser exercidos de forma correta. Esta trajetória deve ser conduzida a fim de influenciar nos modos de agir dos indivíduos para com sua própria saúde, tendo o profissional, em especial o enfermeiro, a educação em saúde como instrumento mediador da tomada de consciência e empoderamento da população para o autocuidado.

Referências

ACIOLI, Sônia. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Rev Bras Enferm.** Brasília v. 61, n. 1, p. 117-121, jan-fev, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/19.pdf> >. Acessado em: 16 de out de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde /** Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – 3. ed. Brasília : CONASS, 2011.

_____. Ministério da Saúde: Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 466 de 12 de dezembro de 2012.** Trata da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília, 2012. Disponível em. <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acessado em: 14 de agosto de 2014.

TRAPÉ, Carla Andrea; SOARES, Cássia Baldine. A Prática Educativa dos Agentes Comunitários de Saúde à Luz da Categoria Práxis. **Rev. Latino-am Enfermagem.** v.15, n.1, jan/fev, 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a21.pdf >. Acessado em: 16 de out de 2012.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

BORGES, Cristiane José. **Avaliação de ações educativas em saúde com grupos de gestantes: estudo comparativo entre Unidade Saúde da Família e Unidade Básica de Saúde.** Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Goiás. Faculdade de enfermagem, 2005. 158p. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=16544&indexSearch=ID>>. Acessado em: 16 de out de 2012.

ROECKER, Simone; MARCON, Sonia Silva. Educação em saúde na estratégia saúde da família: o significado e a práxis dos enfermeiros. **Esc Anna Nery (impr.)**; V.15, n.4, p.701-709. Out-dez, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a07v15n4.pdf>>. Acessado em: 12 agosto de 2014.

ROECKER, Simone; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida; MARCON, Sonia Silva. O trabalho educativo do enfermeiro na estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm.** V. 22, n. 1, p. 157-165. Florianópolis, jan-mar de 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/16.pdf>>. Acessado em: 12 agosto de 2014.

Agradecimentos

Agradecemos aos enfermeiros das unidades básicas do Município de Cajazeiras – PB pela colaboração no estudo.

PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL: OFICINAS TERAPÊUTICAS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Laís Gama Ibiapina (apresentadora) - Universidade Federal do Piauí (UFPI). E-mail: ibiapina.gama.lais@gmail.com

Aline Raquel de Sousa Ibiapina - Universidade Federal do Piauí (UFPI).

Rebeca Mendes Monteiro - Universidade Federal do Piauí (UFPI).

Daniele Martins de Sousa - Universidade Federal do Piauí (UFPI).

Anna Katharinne Carreiro Santiago - Universidade Federal do Piauí (UFPI).

Márcia Astrês Fernandes (orientadora) Universidade Federal do Piauí (UFPI).

Palavras-chave: Oficinas Terapêuticas. Saúde Mental. Centro de Atenção Psicossocial.

Resumo

Objetivo: refletir acerca das ações de saúde mental realizadas no serviço de atenção psicossocial através das oficinas terapêuticas. **Método:** estudo descritivo, de cunho teórico-reflexivo sobre as atividades de oficinas terapêuticas desenvolvidas nos serviços de saúde mental e utilizando-se como referencial a leitura de artigos científicos sobre a temática. **Resultados:** as oficinas terapêuticas fazem parte do cotidiano do enfermeiro e usuários do Centro de Atenção Psicossocial, considerando-se como importante instrumento de reinserção social do usuário na sociedade. Após a leitura de artigos acerca da temática emergiu-se duas categorias, tais como: Impacto das oficinas terapêuticas na reabilitação de usuários do centro de atenção psicossocial e as contribuições da enfermagem na realização das oficinas terapêuticas. **Conclusão:** as oficinas terapêuticas fazem parte do cotidiano do enfermeiro e usuários do centro de atenção psicossocial, pois se constituem como uma das principais formas de tratamento em saúde mental, tendo repercussões positivas e apontando experiências exitosas no processo de reabilitação psicossocial. A reflexão das práticas de saúde mental acerca das oficinas terapêuticas é pertinente e relevante, pois é uma lacuna do conhecimento na área da saúde mental, reforçando assim, a importância do desenvolvimento de estudos que contemplem essa temática.

Introdução

A Reforma Psiquiátrica brasileira foi responsável por modificações significativas na assistência às pessoas com transtornos mentais. Na concepção de um modelo orientado pela lógica psicossocial baseado na desospitalização e com o foco na reinserção do usuário na

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

sociedade, os serviços deixam de ser local de repressão, disciplina e reclusão para se tornar local de acolhimento, de cuidado e de trocas sociais com o desenvolvimento de habilidades, da autonomia e do exercício da cidadania.

Nesse contexto, o Centro de Atenção Psicossocial CAPS destaca-se como alternativa ao hospital psiquiátrico, se organizando como um espaço de criatividade, de construção de vida, que ao invés de excluir, medicalizar e disciplinar, acolhe, cuida e estabelece pontes com a sociedade. Além disso, configura-se como uma nova forma metodológica de atendimento, com uma visão que proporcione a compreensão da complexidade das relações, das trocas e do próprio processo de cuidar em saúde, pois é um processo que desenvolve um dialógico-reflexivo por parte dos profissionais da saúde (ROCHA, 2005; GONÇALVES *et al*, 2013).

Assim, as ações realizadas nesse ambiente têm o propósito de possibilitar a ressocialização do indivíduo acometido por um transtorno mental. Tais ações são comumente realizadas através de grupos terapêuticos, podendo-se destacar as atividades de oficinas terapêuticas, que tem a finalidade de socialização, expressão e inserção social do indivíduo acometido por uma doença mental, assim como também a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas e o exercício coletivo da cidadania (BRASIL, 2004).

Ressalta-se que as **oficinas terapêuticas**, enquanto dispositivos da **atual Política Nacional de Saúde Mental** objetivam se diferenciar em relação as suas práticas antecessoras e apontam, também, para a necessidade de atuação diversificada da equipe multidisciplinar. Assim, ao invés de encaixar o sujeito que sofre de uma patologia, propõe-se que, através da escuta, haja a possibilidade de o indivíduo compartilhar suas experiências e sentimentos e de perceber que o profissional de saúde pode lhe ajudar na sua reabilitação psicossocial (AMARANTE, 2007).

Nesse sentido, os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, têm o intuito de possibilitar a ressocialização de um indivíduo acometido por um transtorno mental, através de grupos terapêuticos, podendo-se destacar as atividades de oficinas terapêuticas, pois as oficinas terapêuticas são atividades grupais, que possuem função de socialização, expressão e inserção social do indivíduo acometido por uma doença mental, com a finalidade de maior integração social e familiar, assim como também na manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas e o exercício coletivo da cidadania (BRASIL, 2004).

Atualmente, o trabalho de enfermagem nos serviços substitutivos de saúde mental apresentam características tão diversificadas quanto heterogênicas, e um dos principais motivos desta diversificação foi o aparecimento dos chamados novos equipamentos em saúde mental, que surgiram juntamente com a reestruturação da assistência psiquiátrica em curso no Brasil. Tais mudanças promoveram a substituição gradativa dos hospitais e algumas instituições passaram a oferecer uma assistência de enfermagem voltado para a reabilitação psicossocial de pessoas com transtornos mentais (KIRSCHBAUM, 2000).

Nesse sentido, as atividades desenvolvidas pelas enfermeiras e os demais profissionais da saúde mental nos novos serviços de reabilitação psicossocial, diferentemente das instituições psiquiátricas tradicionais, vão além das funções tradicionais de supervisão, administração de medicamento, alimentação e higiene. Esses profissionais participam de atividades de triagem, visita domiciliar, atividades grupais e individuais, reuniões de equipe, realizam palestras na comunidade, participam de eventos festivos, entre outros.

Portanto a assistência de enfermagem ao portador de transtorno mental no Brasil vem, ao longo dos anos, se desenvolvendo e procurando atender as propostas oriundas da Reforma Psiquiátrica, que exige dos profissionais de saúde uma prática contrária àquela iniciada com a psiquiatria tradicional, caracterizada pelo isolamento e pelo tratamento punitivo (OLIVEIRA; SILVA; SILVA, 2009).

A configuração das práticas em saúde mental orienta-se com base articulação das ações voltadas para a reinserção dos usuários na sociedade e com o propósito de promover a desinstitucionalização. Considerando o exposto, objetivou-se refletir sobre as ações de saúde mental realizadas no serviço de atenção psicossocial através das oficinas terapêuticas.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, de cunho teórico-reflexivo para a realização de uma análise reflexiva acerca das atividades de oficinas terapêuticas desenvolvidas nos serviços de atenção psicossocial, como instrumento de reinserção social do usuário do CAPS.

Este estudo emergiu após pesquisas realizadas na área de Saúde Mental, onde se despertou a curiosidade por estudar e entender melhor a temática sobre as oficinas terapêuticas desenvolvidas no CAPS.

Além disso, há necessidade de aprofundar estudos a esse respeito, visto que a vivência moderna exige cada vez mais da sociedade, pois, momentos de descanso e de lazer estão cada vez mais raros. Nas últimas décadas tem sido observado que o diagnóstico de transtorno mental aumentou gradativamente. O indivíduo que é acometido por uma doença mental, sofre sérios prejuízos na vida social, sentimental e familiar, sendo levado ao afastamento do seu meio social. Frente a esta problemática, os serviços substitutivos estão cada vez mais presentes, oferecendo medidas alternativas, como o tratamento através de oficinas terapêuticas e de uma equipe profissional, em especial a enfermagem, promovendo e proporcionando uma melhor qualidade de vida aos doentes mentais.

Resultados e Discussão

Foram realizadas diversas leituras sobre os temas oficinas terapêuticas e políticas de saúde mental, observando-se a necessidade de aprofundamento do assunto. Sendo assim, este estudo se justifica pela relevância do tema, visto que para o desenvolvimento das oficinas terapêuticas no CAPS é requerido que os profissionais de enfermagem proporcionem a reinserção social deste usuário na sociedade, assim como também, tendo a necessidade de elevar pesquisas congêneres e reflexões ligadas a essa temática. Desse modo, emergiram-se duas categorias, tais como: Impacto das oficinas terapêuticas na reabilitação de usuários do CAPS e Contribuições da enfermagem na realização das oficinas terapêuticas.

Impacto das oficinas terapêuticas na reabilitação de usuários do CAPS

A transformação das formas de assistência em saúde mental mostra-se viável e favorece a efetivação da proposta da reforma psiquiátrica, na qual o usuário recebe um atendimento que respeita sua cidadania e autonomia. Dentre os meios operacionais pelos quais a reabilitação psicossocial é possível, destacam-se as oficinas terapêuticas, modalidade assistencial bastante difundida nos CAPS, que se caracterizam como atividades grupais que possibilitam, mediante o trabalho e a expressão artística, espaços de socialização, interação, reconstrução e reinserção social do usuário na sociedade. Nelas, o sujeito, tem liberdade de se expressar, sendo capaz de lidar com seus medos e inseguranças, bem como de realizar trocas de experiências (RIBEIRO; SALA; OLIVEIRA, 2008).

Nesse serviço substitutivo em saúde mental, entende-se que as oficinas terapêuticas não devem possuir o sentido da ocupação e do entretenimento, e sim de serem promotoras da reinserção social deste doente mental por meio de ações que viabilizem o trabalho, proporcionando assim a geração de renda e a autonomia do sujeito (PINTO; MOREIRA, 2010).

As oficinas terapêuticas têm se destacado por se constituírem novas formas de acolhimento, de convivência, de mediações do diálogo e de acompanhamento. Tais oficinas, geralmente são realizadas com alguma tematização, como artesanato, alfabetização, lazer, dentre outras. Nessa perspectiva, proporcionam a interação entre os participantes e possibilitam desenvolver as habilidades daqueles que estavam acostumados a ser desacreditados no convívio social (RÊDA *et al*, 2005).

As diversas atividades propostas de trabalho coletivo dentro do CAPS, também podem ser consideradas como uma arte, se constituindo em um dispositivo com especificidades que tangem o campo da subjetividade, buscando a auto expressão dos sujeitos, a compreensão dos seus sintomas e suas causas, bem como o gerenciamento de conflitos e a sensação de relaxamento e bem estar. Por isso que, as atividades de oficinas terapêuticas desenvolvidas de formas coletivas podem favorecer uma maior capacidade de resolutividade, pelo fato de possibilitarem múltiplos olhares voltados para diversos problemas em comum (GUERRA, 2004).

Salienta-se que as oficinas terapêuticas buscam oportunizar ao usuário a reconstrução de laços de cuidado consigo mesmo, assim como também oferece um elo de relação na construção de um trabalho e de afetividade com os outros, ou seja, constituindo-se de um espaço que proporcione realização de atividades coletivas com a orientação de um ou mais profissionais, representando assim uma modalidade diferenciada de atendimento em relação à clínica tradicional (MIRANDA, 2011).

Para atender aos objetivos da prática cotidiana das oficinas, faz-se necessário que a interação e os momentos de trocas de experiências sejam explorados durante a realização das atividades, e não que as atividades se encerrem em si. Além disso, faz-se de suma importância a utilização consciente dessa metodologia que favorece a execução do projeto proposto pelo CAPS (LIVIERES; SILVA, 2004).

A literatura vem apontando os benefícios que as práticas de atividades de oficinas terapêuticas desenvolvidas dentro do CAPS oferecem a saúde do portador de transtorno mental, pois, essa saúde é oferecida através de algumas modalidades de atividades como, caminhar, dançar, praticar esportes, rodas de diálogos e dentre outras. Dentre esses benefícios oferecidos e aplicados dentro do CAPS, pode ser observada a melhoria na qualidade de vida do indivíduo, na elevação da autoestima, do autoconceito, na melhoria da imagem corporal, diminuição do estresse e da ansiedade, assim como também na melhoria das funções cognitivas e socialização da pessoa (FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2006; ASSUMPÇÃO; MORAIS; FONTOURA, 2002).

Nesse sentido, uma das importantes ferramentas para a ressocialização dos usuários do CAPS na sociedade é através da sua participação nas oficinas terapêuticas, pois mostra que através do trabalho, do agir e do pensar em coletividade, é representado como um instrumento importante para a inserção deste, valorizando assim, sua singularidade e potencialidade (RIBAS; BORENSTEIN; PADILHA, 2007).

Contribuições da enfermagem na realização das oficinas terapêuticas

A atenção do profissional de Enfermagem, a partir da Reforma Psiquiátrica direcionou-se a novas formas de assistência na saúde mental, implicando assim, atitudes de respeito e dignidade para com o doente mental, com ações voltadas às individualidades do sujeito e a participação deste no seu processo de tratamento, valorizando e estimulando o autocuidado, bem como a reinserção em grupos sociais e comunitários. Para isso, o profissional deve buscar estratégias de produção e acolhimento, isto é, instrumentos que possibilitem a solidariedade, a afetividade, a compreensão, a autonomia, e a cidadania, enfim, estratégias que promovam a atenção psicossocial e a reabilitação dos indivíduos (VILLELA; SCATENA, 2004).

Desse modo, é válido destacar que a prática de enfermagem nestes serviços busca construir ações interventivas, estabelecer vínculos afetivos e de confiança e desmistificar o “olhar” que vê no diferente, no “louco”, uma ameaça. Assim, a ênfase deve ser colocada no sentido de produção de vida, do aumento da capacidade do usuário de estabelecer trocas sociais, possibilitando maior autonomia deste (ROCHA, 2005; OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Nesse sentido, o enfermeiro deverá acolher o doente mental escutando-o de forma a oferecer uma intervenção terapêutica que possibilite sua reabilitação psicossocial. Isso se dá por meio de um vínculo afetivo entre profissional e o usuário que se encontra inserido

no serviço de saúde mental. O enfermeiro deve transmitir ao doente mental o seu desejo sincero de ajudá-lo, sempre o valorizando dentro de suas particularidades, com o objetivo de promover uma melhor qualidade de vida ao doente mental. As ações desenvolvidas pelos enfermeiros nos serviços de atenção psicossocial consistem numa gama de atividades com o propósito de oferecer um melhor cuidado ao doente mental. Nesse aspecto, foi possível observar em alguns estudos que a participação do enfermeiro na equipe interdisciplinar, mostra a possibilidade de o trabalho do CAPS conseguir estabelecer mudanças na vida do usuário, tais como flexibilidade, criatividade e compartilhamento de saberes (OLIVEIRA; ALESSI, 2003; KIRSHBAUM; PAULA, 2001).

Assim, o trabalho desenvolvido pelo enfermeiro no CAPS se constitui na reabilitação psicossocial que inclui a reinserção do sujeito nas atividades diárias, no mundo do trabalho e nos espaços comunitários, proporcionando e visando a reinserção do indivíduo com transtorno mental na sociedade. Este desafio é assumido cotidianamente nas atividades com acompanhamento, nas oficinas e grupos, enquanto espaços terapêuticos e de socialização. É válido também destacar, que é por meio da comunicação entre enfermeiro e paciente que o profissional pode compreendê-lo em sua totalidade, ou seja, seu modo de pensar, sentir e agir. Apenas assim, o enfermeiro poderá ajudá-lo a encontrar formas de para recuperar a sua saúde.

Portanto, o papel do enfermeiro no âmbito das oficinas terapêuticas vai além de ser o mediador do grupo, mas passa a utilizar o relacionamento terapêutico, para exercer um papel reconhecido como “agente terapêutico” por sua capacidade de influir nas relações interpessoais, de modificar o ambiente e de orientar as interações em grupo. Nessa concepção, seu relacionamento e comunicação com o paciente, sua capacidade de ouvir e interagir contribui para a construção de uma nova identidade destes doentes mentais, com ênfase nas relações terapêuticas interpessoais, vinculadas às ações comunitárias, com uma lógica inversa àquela da exclusão e do internamento (GONÇALVES; TAVARES, 2007).

Conclusão

Diante do exposto, nota-se que o CAPS é um dispositivo do novo modelo de assistência psicossocial, no qual o enfermeiro configura-se como agente viabilizador deste processo, realizando a assistência com enfoque na política de saúde mental. Para tanto, munido de preparo e conhecimentos, amplia seu olhar na perspectiva de enxergar o ser intersubjetivamente, de forma a alcançar o indivíduo em suas relações, considerando o contexto, cenário de suas vivências, experiências, valores e sentimentos.

Sob esse aspecto, as atividades terapêuticas realizadas nesses espaços implicam a utilização de instrumentos que possibilitem fortalecer a integração social e familiar, a expressão dos sentimentos e dificuldades, o desenvolvimento de habilidades pessoais e laborais, assim como o exercício da cidadania. Nessas circunstâncias, as oficinas terapêuticas fazem parte do cotidiano do enfermeiro e usuários do CAPS, pois se constituem como as principais formas de tratamento. Por isso que as oficinas terapêuticas vêm apontando experiências

exitosas no processo de reabilitação psicossocial. Logo, é presumível afirmar sua relevância para uma evolução satisfatória do tratamento e para a reinserção social dos usuários do CAPS na sociedade.

A reflexão das práticas de saúde mental acerca das oficinas terapêuticas é pertinente e relevante, pois é uma lacuna do conhecimento na área da saúde mental, reforçando assim, a importância do desenvolvimento de estudos que contemplem essa temática. Além disso, é função do enfermeiro enquanto profissional da área contribuir nessa discussão tão importante para o campo da atenção psicossocial.

Referências

AMARANTE, P. Saúde Mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ASSUMPÇÃO, L. O. T.; MORAIS, P.P.; FONTOURA, H. Relação entre atividade física, saúde e qualidade de vida, Notas introdutórias. **Revista Digital**. v. 8, n. 52, p.1-3, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRÊDA, M. Z.; ROSA, W. A. G.; PEREIRA, M. A. O.; SCATENA, M. C. M. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. **Rev Latino-Am de Enferm**. v. 13, n. 3, p. 450-452, 2005.

FRAGA, M. N. O.; SOUZA, A. M. A; BRAGA, V. A. B. Reforma psiquiátrica brasileira: muito a refletir. **Acta PaulEnferm**. v. 2, n.19, p. 207-211, 2006.

GONÇALVES, S. P. M. G.; TAVARES, C. M. M. Atuação do enfermeiro na atenção ao usuário de álcool e outras drogas nos serviços extras-hospitalares. **Esc. Anna Nery**. v.11, n. 4, p.586-592, 2007.

GONÇALVES, J. R. L. *et al*. Significado de vivenciar um grupo terapêutico junto a um projeto de extensão: Relato de Experiência. **REAS**. v.2, n. 3, p. 88-95, 2013.

GUERRA, A. M. C. Oficinas **em Saúde Mental**: Percurso de uma História, Fundamentos de uma Prática. In Oficinas Terapêuticas em Saúde Mental -Sujeito, Produção e Cidadania. Rio de Janeiro: Contracapa, 2004.

KIRSCHBAUM, D. I. R. O trabalho de enfermagem e o cuidado em Saúde Mental: novos rumos? **Cadernos do IPUB**. v. 6, n. 19, p. 15-36, 2000.

KIRSHBAUM, D. I. R.; PAULA, F. K. C. O trabalho do enfermeiro nos equipamentos de saúde mental da rede públicas de Campinas-SP. **Rev Latino-Am de Enferm**. v. 9, n. 5, p.77-82, 2001.

LIVIERES, C. F.; SILVA, A. L. A. O Projeto moradia assistida do centro de atenção psicossocial: de uma questão clínica a outra. **Rev Esc Enferm**. v. 40, n. 2, p.188-195, 2004.

MENDONÇA, T. C. P. As Oficinas na Saúde Mental: Relato de uma Experiência na Internação. **Psicol. Cienc. Prof.**v. 5, n. 4, p.626-635, 2005.

MIRANDA, F. A. N. Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares. **Esc Anna Nery**. v. 15, n. 2, p.339-345, 2011.

OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. O trabalho de enfermagem em Saúde Mental: contradições e potencialidades atuais. **Rev Latino-Am de Enferm**. v. 3, n. 11, p. 3-8, 2003.

OLIVEIRA, F. B.; SILVA, M. D.; SILVA; J. C. C. Percepção sobre a prática de enfermagem em Centros de Atenção Psicossocial. **Rev Gaúcha Enferm**. v.30, n. 4, p. 692-699, 2009.

PINTO, V. A. M.; MOREIRA, L. H. O. Qualidade das oficinas terapêuticas em saúde mental a perspectiva dos usuários: um estudo de enfermagem. **R. Pesq.: Cuida. Fundam**. 2 (Ed. Supl.), p. 896-899, 2010.

RIBAS DL, BORENSTEIN MS, PADILHA MICS. Iluminando as vivências de indivíduos em sofrimento psíquico de um CAPS em Florianópolis. **Texto contexto enferm**. v.1, n.16, p.29, 2007.

RIBEIRO, L. A.; SALA, A. L. B.; OLIVEIRA, A. G. B. As oficinas terapêuticas nos centros de atenção psicossocial. **Rev Min Enferm**. v.12, n. 4, p. 516-522, 2008.

ROCHA, R. M. O Enfermeiro na equipe Interdisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial e as Possibilidades de Cuidar. **Texto Contexto Enferm**. v. 14. n. 3, p. 350-357, 2005.

VILLELA, S. C.; SCATENA, M. C. M. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. **Rev bras enferm**. v. 57, n. 6, p.738-741, 2004.

PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE COMO DETERMINANTE DE DOENÇA EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.

José Almir de Sousa Carneiro (apresentador) – Universidade Estadual do Ceará almirjcarneiro@gmail.com
Inês Dolores Teles – Universidade Estadual do Ceará
Paulo Ricardo da Silva Justino – Universidade Estadual do Ceará
Francisco Wagner Pereira Menezes – Universidade Estadual do Ceará
Thereza Maria Magalhães Moreira (Orientador) – Universidade Estadual do Ceará

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador. Atenção Básica. Enfermagem.

Resumo

Objetivou-se identificar a frequência de casos de Síndrome de Burnout (SB) e relacionar os determinantes sociais com as dimensões da SB em enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família do município de Maracanaú, Ceará, Brasil. Tratou-se de um estudo de associação, realizado com 40 enfermeiros. Os dados foram coletados em 2011, utilizando o instrumento de avaliação "Inventário de Maslach para avaliação de Burnout" (MBI). Os dados foram digitados e analisados utilizando-se um programa estatístico específico e o estudo seguiu os preceitos ético-legais da pesquisa envolvendo seres humanos. Encontrou-se como perfil da amostra uma maior frequência de mulheres, solteiros, sem filhos, com renda igual ou menor a R\$ 2.500,00 e com cinco anos ou menos de profissão. Observou-se influência do trabalho sobre a qualidade de vida e de saúde do grupo pesquisado, de modo que os níveis das dimensões do MBI mostraram profissionais realizados profissionalmente, exaustos emocionalmente e experimentado sentimentos de distanciamento afetivo de seus pacientes. Foi encontrada uma frequência elevada de casos de SB (52,5%) e, embora não tenha havido associação entre os determinantes sociais e as dimensões da SB, verificou-se que estão presentes em maior frequência nos grupos das dimensões de maior fragilidade. Os casos de SB encontrados nesse grupo de profissionais podem ser considerados alto, sendo necessárias medidas de controle dos fatores geradores dos sinais e sintomas apresentados pelos trabalhadores e a luta pela valorização profissional e melhoria das condições de trabalho por parte da própria classe e dos gestores.

Introdução

A partir da evolução do conceito de saúde, considerado atualmente como um estado de completo bem-estar físico, mental e social (BUSS; PELLEGRINI, 2007), inserem-se como fatores relevantes na construção da saúde dos indivíduos diversos pontos de sua vida, conceituados como determinantes sociais da saúde (DSS), que são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

Dentre os componentes importantes relativos ao andar na vida de cada indivíduo, está o trabalho, influenciando este sobre os fatores sociais, econômicos, psicológicos, dentre outros, de cada trabalhador. Fator esse que o torna importante no que diz respeito à construção de um estado ótimo de saúde, conforme afirma Borsoi (2007) quando diz que em síntese, o trabalho começa a fazer parte efetiva da vida das pessoas, ele se torna tão significativo (ou quase) quanto às relações amorosas que elas constroem e – a meu ver, não seria exagero dizer – tão necessário quanto o sono. Sem trabalho, não teremos como satisfazer necessidades básicas do nosso corpo e da nossa fantasia. A despeito da importância desse fator na constituição da vida e do processo saúde-doença, durante muito tempo, o trabalho humano não foi pensado como parte do conjunto de aspectos significativos da vida (BORSOI, 2007). Hoje sabe-se que este pode determinar uma maior ou menor qualidade de vida, influenciando de forma negativa e variando quantitativamente a depender da área, condições de trabalho e valorização ou não do trabalhador.

Nesse contexto, surge a atuação do enfermeiro na atenção básica, mais precisamente na Estratégia Saúde da Família (ESF), caracterizada como serviço que incorpora e reafirma os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como meta ser substitutivo do modelo biomédico hegemônico. Como forma de territorialização permite a demarcação de um espaço concreto de atuação da equipe de saúde, tendo o núcleo familiar como base e unidade para o desenvolvimento de sua atuação (COSTA et al., 2009).

A Síndrome de Burnout (SB) foi descrita pela primeira vez como sentimento de fracasso e exaustão causado por um excessivo desgaste de energia, força e recursos, descrevendo-se como um "incêndio interno" resultante da tensão produzida pela vida moderna, afetando negativamente a relação subjetiva com o trabalho. O desenvolvimento dessa síndrome decorre de um processo gradual de desgaste no humor e desmotivação acompanhado de sintomas físicos e psíquicos. O trabalhador perde o sentido da sua relação com o trabalho (COSTA et al., 2009).

A partir da vivência dos enfermeiros nos ambientes laborais, especificamente nas unidades de saúde da família, os fatores estressores acabam por causar adoecimento nessa categoria, sendo de extrema importância aprofundar estudos voltados a esta temática.

Portanto, optou-se por investigar o estresse laboral entre estes trabalhadores, especificamente os enfermeiros, uma vez que o trabalho faz parte de suas vidas, colabora para a formação da identidade, subjetividade e atua diretamente sobre seus níveis de qualidade de vida e saúde.

Desta forma, foi objetivo do estudo identificar a frequência de casos de síndrome de Burnout e relacionar os determinantes sociais com as dimensões da síndrome de Burnout em enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família do município de Maracanaú, Ceará, Brasil.

Metodologia

Tratou-se de um estudo de associação, quantitativo, realizado no município de Maracanaú, localizado na região metropolitana de Fortaleza, Ceará, Brasil. O estudo previu uma amostra inicial de 51 profissionais Enfermeiros que atuam na ESF. No entanto, a amostra final foi composta por um total de 40 Enfermeiros, uma vez que 08 estavam de Férias, 02 em licença-maternidade e 01 não aceitou participar, sendo estes os critérios de exclusão da pesquisa. Os dados foram coletados durante os meses de Agosto e Setembro de 2011. Para o levantamento de dados sociodemográficos e profissionais, foi utilizado um instrumento de auto-avaliação "Maslach Burnout Inventory" (MASLACH, 1981), sendo um dos mais utilizados em todo o mundo e que avalia as três dimensões desta síndrome, sendo

elas o cansaço emocional, despersonalização e realização pessoal, além de um questionário semi-estruturado com dados de caracterização sociodemográfica.

O MBI encontra-se numa graduação de 1 à 5 de acordo com a frequência apresentada pelo participante em cada questão. O padrão de pontuação para diagnóstico das três dimensões descritas anteriormente, encontra-se da seguinte maneira: em relação ao cansaço emocional, consideramos as questões 01,02,03,06,08,13,14,16 e 20, utilizando o padrão para pontuação: nível alto: > ou igual a 27; nível médio: de 19 a 26 e nível baixo: <19; na dimensão despersonalização, as questões 05,10,11 e 22, com padrão de pontuação em nível alto: > ou igual a 10; nível médio: de 6 a 9 e nível baixo: <6; e na realização pessoal as questões 04,07,09,12,17,18,19 e 21, e pontuação em nível alto: < ou igual a 33; nível médio: 34 a 39 e nível baixo: > ou igual a 40 (MASLACH, 1981).

Visitaram-se as unidades de saúde do município de Maracanaú, onde foram apresentados os instrumentos da entrevista aos enfermeiros participantes da pesquisa, os quais responderam o mesmo após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados coletados foram digitados e analisados utilizando-se o programa Microsoft Office Excel 2007 e um software aplicativo, o programa Statistic Package for Social Sciencies (SPSS) versão 17.0.

A análise foi realizada mediante o cálculo das frequências simples e percentuais para as variáveis nominais, bem como média e desvio padrão das variáveis numéricas. A relação entre características sociodemográficas e as dimensões do Maslach Burnout Inventory foi testado pelo qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher, considerando nível de significância de 5%.

Os resultados foram expressos mediante tabelas e gráficos estatísticos, tendo sido realizada a discussão com autores pertinentes sobre a temática. A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará, sob protocolo de nº 10724916-2, tendo sido realizados os procedimentos éticos conforme resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), no que diz respeito à pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012).

Resultados e Discussão

Sobre o perfil da amostra, os resultados apresentaram uma predominância do sexo feminino (95%), divididas entre participantes solteiras (75%) e casadas (25%). Identificou-se que das participantes, a maioria (75%) não possuía filhos, enquanto que um quarto (25%) possuía. Em relação à renda, grande parte (62,5%) possuía renda igual ou menor que R\$ 2500,00, enquanto que cerca de um quarto (22,5%) tinha uma renda superior a R\$ 2500,00. Pôde-se constatar ainda que a grande maioria dos participantes (65%) possuía um período de cinco anos ou menos na profissão, enquanto que um quarto (25%) possuía um tempo de atuação na profissão superior a cinco anos.

Com relação às dimensões MBI - cansaço emocional, despersonalização e realização pessoal estas são classificadas em níveis baixo, médio e alto. A amostra avaliada mostrou percentagens significativas dos critérios que corroboram positivamente para a inclusão dos enfermeiros do estudo no quadro clínico da Síndrome de Burnout. Observou-se que cerca de um quarto (22,5%) dos enfermeiros apresentaram níveis altos de cansaço emocional, cerca de um terço (37,5%) níveis altos de despersonalização, embora apenas 2,5%

tenham apresentado níveis baixos de realização pessoal. Estes índices revelam que os profissionais sentem-se realizados profissionalmente, exaustos emocionalmente e experimentam sentimentos de distanciamento afetivo de seus clientes.

As médias das dimensões cansaço emocional, despersonalização e realização pessoal foram de 21,4 ($\pm 5,8$), 8,9 ($\pm 3,1$) e 33,1 ($\pm 4,2$), respectivamente.

Na relação entre as dimensões da Síndrome de Bournout e as características sociodemográficas, identificaram-se as seguintes situações: os enfermeiros com 35 anos de idade ou menos apresentaram, com maior frequência, níveis médios de cansaço emocional, despersonalização e realização pessoal (32,5%, 37,5% e 40%); houve predominância de níveis médios de cansaço emocional, despersonalização e alto de realização pessoal no sexo feminino (37,5%, 44,5% e 50% respectivamente); e entre os solteiros, na maioria, níveis médios de cansaço emocional e de despersonalização e altos de realização pessoal (30%, 32,5% e 40% respectivamente).

Entre os que não possuíam filhos, identificaram-se níveis baixos de cansaço emocional, médio de despersonalização e alto de realização pessoal (30%, 32,5% e 42,5% respectivamente), em relação à renda, os que possuíam abaixo ou igual a R\$ 2.500, apresentaram níveis baixos de cansaço emocional (32,5%), médio e alto de despersonalização (25%).

Em relação ao tempo de atuação na profissão, aqueles que possuíam menor ou igual a 5 anos apresentaram níveis baixo de cansaço emocional, médio de despersonalização e alto em realização profissional (25%, 30% e 32,5% respectivamente), enquanto que os que possuíam acima de 5 anos, tiveram níveis médios de cansaço emocional (17,5%), médio e alto de despersonalização (15%) e alto de realização profissional (20%). A utilização do teste qui-quadrado mostrou que não houve associação estatística significativa entre as variáveis apresentadas.

Com relação à prevalência da Síndrome de Burnout, segundo os critérios de Grunfeld et al. (2000), identificou-se neste estudo que 52,5% dos enfermeiros apresentaram a síndrome.

DISCUSSÃO

Na sociedade capitalista atual, onde os serviços de saúde são vistos como bens de consumo e o trabalhador de saúde como recurso humano, torna-se mais importante a quantidade de procedimentos realizados em detrimento ao cuidado humanizado e solidário. Nesse contexto, o ritmo do trabalho é o ritmo do desespero; não há cadências agradáveis, só uma correria nervosa, uma indolência cansada ou uma monotonia sobressaltada. O ritmo da vida, o tempo de sentir solidariamente o que vivem os pacientes internados, a necessidade de colaboração com um colega ou de inventar formas de cuidar dirigidas a cada singularidade são atropelados (MAIA; OSORIO, 2004).

Essa realidade prejudica, além da qualidade do serviço prestado, a qualidade de vida e de saúde dos indivíduos implicados no cuidado, é consenso que a intensificação laboral é traço característico da atual fase do capitalismo e tem levado ao consumo desmedido das energias físicas e espirituais dos trabalhadores. A insegurança gerada pelo medo do desemprego faz com que as pessoas se submetam a regimes e contratos de trabalho precários, recebendo baixos salários e arriscando sua vida e saúde em ambientes insalubres, de alto risco. Portanto, fica claro que as transformações ocorridas nas últimas décadas no mundo do trabalho têm repercutido na saúde dos indivíduos e do coletivo de trabalhadores de forma intensiva (ELIAS; NAVARRO, 2006).

Buscando caracterizar o grupo estudado, identificamos que o perfil médio dos enfermeiros atuantes na ESF naquela localidade era correspondente ao de profissional do sexo feminino, na faixa etária igual ou inferior a 35 anos, solteiras, sem filhos e com tempo de atuação igual ou inferior a cinco anos. Perfil esse semelhante ao encontrado Haddad e Jodas (2009) em estudo desenvolvido com enfermeiros atuantes em um pronto socorro de hospital universitário, onde se encontrou uma população composta em maior número por mulheres, constituindo essa uma realidade na categoria profissional da enfermagem.

Confirmando a literatura, os trabalhadores com idade igual ou inferior a 35 anos mostraram-se menos realizados, em comparação com os que apresentaram idade superior. Isso pode ser explicado pelo fato de que, no começo da profissão, esses profissionais se encontram em um período de sensibilização, acredita-se que pela pouca experiência, os indivíduos mais jovens possuem insegurança

em relação ao trabalho e, por vezes, percebem que o mesmo não garantirá a realização de suas ansiedades e desejos, gerando insatisfação e desgaste ao trabalhador (TRINDADE; LAUTERT, 2010), interferindo de sobremaneira em sua qualidade de vida.

Os resultados obtidos nessa pesquisa identificam nas três dimensões do burnout, prevalência de níveis médios de cansaço emocional e despersonalização, e níveis altos de realização pessoal. De acordo com o estudo, jovens e pessoas com maior tempo de atuação são mais suscetíveis ao desenvolvimento da SB.

Dentre as três dimensões, a baixa realização pessoal foi a menos observada nos enfermeiros do estudo, a maioria dos participantes 52,5% da amostra apresentaram níveis altos de realização pessoal, ou seja, níveis baixos de insatisfação pessoal. Esse resultado expõe a satisfação dos profissionais enfermeiros, apesar das dificuldades do cotidiano dos serviços, em estudo desenvolvido por Elias e Navarro (2006), apontou-se, com relação ao trabalho de enfermagem, que apesar de desgastante, ele é, em geral, percebido de forma positiva. A possibilidade de ajudar o próximo é referência constante. No presente estudo, em relação a prevalência da Síndrome de Burnout de acordo com os critérios de Grunfeld et al. (2000), obtivemos um resultado bastante relevante de que 52,5% dos enfermeiros apresentavam a síndrome. Resultado equivalente ao encontrado por Tucunduva et al. (2006), identificando 52,3% dos entrevistados com a síndrome. Evidências que confirmam o trabalho em más condições como importante determinante social de saúde, influenciando aqui negativamente sobre os profissionais enfermeiros da ESF do município de Maracanaú.

Diante dos resultados encontrados, urge em nossa realidade a necessidade de criar estratégias de maior valorização e cuidado para com os enfermeiros e outros profissionais da saúde, quem sabe assim o hospital possa, finalmente, ser um lugar de conforto e de cuidado tanto para aquele que busca o acolhimento humano para o seu padecer, quanto para aquele que acolhe o padecimento, já que, como vimos, os dois pólos dessa relação parecem enfraquecidos por aquele lugar que se intitula serviços de saúde (MAIA; OSORIO, 2004). Dessa forma, estaremos promovendo o cuidado ao cuidador.

Conclusão

O estudo apresentado identifica características que tornam o trabalho de enfermagem um relevante determinante sobre o nível de saúde dos enfermeiros atuantes na ESF, inclusive atingindo tais profissionais de forma negativa quando expostos a más condições de trabalho e desvalorização financeira e social. Em nosso estudo e no que diz respeito às dimensões isoladas pesquisa das pelo MBI, os enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família de Maracanaú, apresentam níveis baixos ou médios para as dimensões da SB. Apesar disso, a frequência de casos da síndrome entre os trabalhadores pesquisa dos é relativamente alta, uma vez que pouco mais da metade dos trabalhadores apresentou pelo menos uma dimensão da síndrome em níveis críticos, afetando a qualidade de vida de mais de um terço deles. Neste caso, surge como estratégia de qualificação da assistência e de cuidado ao profissional de enfermagem, a valorização financeira e social de seus afazeres profissionais, já que é comprovada a importância do trabalho na construção de um nível elevado de qualidade de vida e de saúde. No entanto, essa valorização passa por uma maior conscientização e politização da própria classe, que deve lutar por seus direitos, sair da invisibilidade e assim alcançar a tão sonhada e merecida valorização profissional. Os resultados do presente estudo mostram que é imperativa a necessidade de novas pesquisas, com amostras maiores e mais representativas, envolvendo

também os demais profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Estudos com delineamentos longitudinais, desde o momento em que os profissionais ingressam na profissão, investigação da sobrecarga de trabalho, de eventos produtores de estresse, avaliação dos motivos de afastamento, rotatividade, também devem contribuir para uma melhor compreensão dos fatores causais. Desta forma, implicariam a elaboração de estratégias organizacionais e individuais de intervenção, como treinamento, capacitação e supervisão dos profissionais da ESF, de modo a minimizar os danos à sua saúde e melhorar a qualidade de vida no trabalho, repercutindo na qualidade dos serviços prestados a população.

Referências

1. BORSOI, I. C. F. DA RELAÇÃO ENTRE TRABALHO E SAÚDE À RELAÇÃO ENTRE TRABALHO E SAÚDE MENTAL. **Psicologia & Sociedade**; 19, Edição Especial 1: 103-111, 2007.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466/12**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012.
3. BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.
4. COSTA, A.C. Determinação social da saúde: um tema potente na mobilização pelo direito à saúde?. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 443-446, set./dez. 2009.
5. ELIAS M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. *Rev Latino-am Enfermagem* 2006 julho-agosto;14(4):517-25.
6. GRUNFELD E.; WHELAN T. J.; ZITZELSBERGER L.; WILLAN A. R.; MONTESANTO B.; EVANS W. K. Cancer care workers in ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *CMAJ* July 25 2000; 163(2): 166-9.
7. HADDAD, M. C. L.; JODAS, D. A. Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem em um pronto socorro de hospital universitário. *Acta Paul Enferm* 2009; 22(2): 192-7.
8. MAIA, M. A. B.; OSORIO, C. Trabalho em saúde em tempos de biopoder. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 56, n. 1, 2004.
9. MASLACH, C.; JACKSON, S. E. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior* 1981; 2: 99-113.
10. TRINDADE, L. L.; LAUTERT, L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **RevEscEnferm USP**, 2010; 44(2):274-9
11. TUCUNDUVA L. T.; GARCIA A. P.; PRUDENTE F. V.; CENTOFANTI G; SOUZA C. M.; MONTEIRO T. A. Incidence of the burnout syndrome among Brazilian cancer physicians. *Rev. Assoc. MedBras* 2006; 52:108-12.

Agradecimentos

Agradecemos primeiramente a Universidade Estadual do Ceará – UECE por nos proporcionar um ensino público e de qualidade e aos enfermeiros que contribuíram para o desenvolvimento da pesquisa.

PRECAUÇÃO PADRÃO NO DIA A DIA DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO DA LITERATURA.

Eglantine de Fatima Bandeira Feitosa – Universidade de Fortaleza - eglantinefeitosa@gmail.com

Vanessa Cavalcante Pereira – Universidade de Fortaleza

Larissa Fortes Carvalho – Universidade de Fortaleza

Amanda Câmara Nunes – Universidade de Fortaleza

Samira Valentim Gama Lira (Orientador) – Universidade de Fortaleza

Palavras-chave: Enfermagem. Precauções universais. Precaução padrão. Infecções.

Resumo

Precaução padrão é um conjunto de ações planejadas que visa à proteção do paciente e do profissional de saúde, pressupondo-se que todos os pacientes podem estar potencialmente infectados por patógenos. Portanto a falta de adesão à essa medida cautelosa pode causar letalidade e morbidade, gerando assim risco ao paciente e ao profissional de saúde. Esse estudo foi realizado com um intuito de identificarmos os principais fatores que levam os profissionais de enfermagem a aderir às práticas de precaução padrão. Realizou-se uma produção bibliográfica acerca do tema precaução padrão no dia a dia do profissional de enfermagem, utilizando os descritores “precauções universais” e “medidas de segurança”. O banco de dados utilizado para a busca das produções bibliográficas foi o scielo, onde achamos 4 artigos em português e completos que abordavam a temática. Entende-se que as práticas de Precaução Padrão são de fundamental importância, podendo colocar o profissional de saúde em situações de risco ou possível risco, tornando assim todo paciente/cliente, um potencial transmissor de infecções. Conclui-se que este estudo colaborou para maior conhecimento sobre a temática, na medida que busca explicar de forma clara o que é, como, e quando utilizar as técnicas de precaução padrão.

Introdução

O risco de infecções em Serviços de Assistência e Promoção da Saúde é uma constante, e para garantir a prevenção dos profissionais de saúde existem as precauções-padrão (PP), que são um conjunto de ações planejadas, que objetivam a proteção dos pacientes e profissionais. A utilização das PP pelos profissionais de saúde é recomendada na assistência de todos os pacientes quando houver possibilidade de contato com fluidos corporais, sangue, secreções (exceto suor), independente de seu estado de infecção, no manuseio de equipamentos contaminados, contato com mucosas e pele com solução de continuidade.

As PP se constituem por lavagem das mãos antes e após o contato com o paciente/cliente; uso de luvas, quando for entrar em contato com qualquer fluido ou secreção; utilização de máscara e óculos de proteção durante procedimentos que possam ocorrer respingos, prevenindo a exposição das mucosas da boca, nariz e olhos; aventais devem ser utilizados em procedimentos que haja risco de respingos,

interferindo na contaminação da roupa do profissional de saúde; devem ser tomadas medidas preventivas ao utilizar e descartar materiais perfuro-cortantes como não reencapar agulhas, evitando assim acidentes; imunização dos profissionais, garantindo a proteção prévia de doenças imunopreveníveis.

Segundo Melo et al (2006) a utilização das PP é recomendada na assistência a todos os pacientes, independente do estado presumível de infecção, na manipulação de equipamentos e artigos contaminados ou sob suspeita de contaminação, nas situações em que haja riscos de contatos com: sangue, com líquidos corpóreos, secreções e excreções, exceto o suor, sem considerar ou não a presença de sangue visível e pele com solução de continuidade e mucosas.

Ultimamente os níveis de adesão das práticas de PP pelos profissionais de enfermagem são insatisfatórios. Levando em consideração que os profissionais acham que os materiais de PP tornam-se um obstáculo no desempenho do trabalho, como por exemplo, a perda da agilidade manual no uso de luvas estéreis. Havendo também casos que não se utilizam as práticas de PP por falta de material na instituição de saúde, ou também pelo atendimento ser de urgência e emergência o profissional não se lembra ou não tem tempo de utilizar os EPI'S. A execução dessas medidas é um grande desafio, pois devido o distanciamento dessas práticas de prevenção e controle de infecções em Serviços de Assistência e também de Promoção da Saúde traz como retorno danos sérios tanto para o profissional como pra o paciente/cliente.

O objetivo do presente estudo é identificar a produção bibliográfica acerca das medidas de precaução padrão utilizadas pelos enfermeiros, onde podemos fazer uma reflexão sobre a temática, identificando os principais fatores que levam a baixa adesão às práticas de precaução padrão (PP), além de analisar a compreensão dos autores sobre o profissional da enfermagem acerca das medidas de PP, quais ocasiões devem ser utilizadas e quais atividades podem ser elaboradas, para que haja uma maior adesão dessas práticas promovendo a saúde para este profissional.

Metodologia

Este estudo foi construído a partir do levantamento de dados encontrados em artigos científicos já publicados. Foram realizadas pesquisas bibliográficas no mês agosto de 2014, por meio de artigos, que foram achados na base bibliográfica Scientific Electronic Library Online - SciELO onde foram consultados artigos originais sobre o tema precaução padrão. A partir dos critérios de inclusão, pesquisas em português disponíveis na íntegra eletronicamente nas bases de dados selecionadas, cujos resultados baseavam-se nos artigos que atendiam ao objetivo do estudo, atendendo aos critérios foram selecionados 4 artigos.

Os dados obtidos foram interpretados, organizados e submetidos à análise descritiva. Por se tratar de uma pesquisa de revisão bibliográfica, na qual utilizou resultados na literatura, ou seja, não tratando diretamente com seres humanos, a aprovação no Comitê de Ética fica dispensada. Contudo, os conteúdos dos artigos e os créditos dos autores foram conservados.

Resultados e Discussão

Breve História Das Práticas de Precaução Padrão.

As práticas de precaução padrão (PP) não é algo novo, desde o século XVII quando os hospitais foram transformados de e um local de assistência aos pobres para uma instituição de medicalização e cuidado, onde as primeiras práticas de controle contra infecções foram colocadas em pratica.

Em 1863 com a enfermeira Florence Nightingale começou a se valorizar as condições do paciente e do meio ambiente. Individualizando o cuidado, valorizando a limpeza e aumentando os espaços entre as enfermarias. Durante a Guerra da Criméia Florence observou que pacientes com doenças semelhantes melhoravam rapidamente quando não eram colocados juntamente com outros pacientes que eram portadores de outras doenças. Em 1877 foram publicadas nos Estados Unidos da América, as primeiras recomendações de isolamento em forma de um manual que descrevia as recomendações de alojar os pacientes com doenças infecciosas separadamente daqueles não infectados. Essas recomendações representaram uma das atitudes pioneiras no controle de infecções, porém o índice de infecções se manteve alto.

Em 1970, o Centers for Disease Control and Prevention (CDC), publicou o manual detalhando a técnica de isolamento para ser empregada em hospitais. No início da década de 1980, a infecção hospitalar passou a ser vista como endêmica, tendo como um dos seus agravantes o aumento dos micro-organismos resistentes aos antibióticos (CDC, 1996). Em 1996 surgiu o termo Precaução Padrão, onde foi construído um novo manual que sintetizava as proteções universais.

Precaução Padrão Nas Instituições de Saúde.

As práticas de PP são de grande importância em ambientes onde há um alto risco de se obter infecções, tanto para a proteção do profissional como para a proteção do paciente/cliente.

Segundo Melo et al (2006) as ações executadas no sentido de respeitar e proteger qualquer um dos sujeitos envolvidos na relação assistencial, têm como reflexo a proteção da coletividade. Grandes avanços serão possíveis, quando todos os profissionais tomarem verdadeira ciência da dimensão e das extensões individual e coletiva das práticas de prevenção e controle de infecções, em SAS.

Então nos vem o seguinte questionamento: como uma prática que deveria ser indispensável na prevenção e controle de infecção, perdeu sua importância sobre o profissional de saúde? O que poderia explicar tal comportamento?

Segundo Brevidei e Cianciarullo (2009) a adesão às PP pode ser influenciada pelo clima de segurança organizacional. Trata-se da concepção, compartilhada pelos profissionais, do valor atribuído à segurança no trabalho. Maiores níveis de adesão foram correlacionados ao comprometimento e apoio da gerência com a segurança, ao feedback de colegas e supervisores sobre o uso de práticas seguras, à importância do treinamento e à disponibilidade do EPI.

Aspectos comportamentais também influenciam para que haja uma queda no uso dos EPI'S. Se o profissional de saúde não tiver o hábito de usa-lo em situações que necessitam de um atendimento imediato, como atendimentos de urgência e emergência, ele não irá lembrar-se de usa-lo, ou ate mesmo em situações mais calmas, como em uma punção venosa, ele não ira lembrar-se de vestir o avental, colocar mascara, óculos, e calçar as luvas.

Segundo Lopes, Moromizato e Veiga (1999) o uso adequado de materiais como luvas e descartadores de perfuro-cortantes também deve ser avaliado, inclusive o mau uso ou desperdício dos mesmos. Daí a importância de serem desenvolvidos continuamente programas educativos, com o objetivo de treinar ou reciclar, avaliando criteriosamente os resultados.

Conclusão

Diante da relevância da temática é de fundamental importância estudos completos sobre o tema. Não se pode esquecer que a adesão às práticas de proteção padrão é de grande importância na prevenção e no controle de infecções em assistência e promoção da saúde, portanto deve ser levadas maiores informações sobre a importância desses hábitos.

Este estudo colaborou para o aumento do conhecimento sobre o tema, na medida que buscou relatar alguns conhecimentos históricos, e definições que buscassem explicar de forma clara o que era, como e quando utilizar as técnicas de precaução padrão. Ao observar esses esclarecimentos torna-se nítido a necessidade de mais estudos sobre o assunto, sendo essencial ir além do estudado.

Referências

BREVIDELLI, M.M.; CIANCIARULLO, T.I. Fatores psicossociais e organizacionais na adesão às precauções-padrão. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n.6, p.907-916, dezembro 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. **Abordagem histórica das precauções padrão**. Disponível em <http://www.programaproficiencia.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=269:abordagem-historica-das-precaucoes-padrao&catid=39:blog&Itemid=65> Acesso em 04 ago 2014.

LOPES, M.H.B.M.; MOROMIZATO, S.S.; VEIGA, J.F.F.S. Adesão às medidas de precaução-padrão: Relato de Experiência. **Rev. latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.7, n.4, p. 83-88, outubro 1999.

MELO, D.S. et al. Compreensão sobre precauções padrão pelos enfermeiros de um hospital público de Goiânia-GO. Ribeirão Preto, **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n.5, p. 720-727, set-out, 2006.

Agradecimentos

A Deus por ter nos dado força para superar as dificuldades. A nossa orientadora pelo suporte, correções e incentivo.

PREVALÊNCIA DE ANEMIA FERROPRIVA NO BRASIL: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Ana Maria Machado Borges. Professora da Faculdade Leão Sampaio. Email: anaborges@leaosampaio.edu.br

Antônio Eclésio Modesto Lima. Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Leão Sampaio. Email: eclesyolima@hotmail.com

Palavras-chave: Anemia Ferropriva. Adolescente. Nutrição do adolescente. Deficiência de ferro. Anemia.

Resumo

O presente trabalho buscou conhecer a prevalência da anemia ferropriva em adolescentes no Brasil. A anemia por deficiência de ferro é dentre as anemias carenciais a de maior prevalência mundial podendo ser verificada em qualquer país independente de sua condição econômica, sendo verificada com maior frequência em países de terceiro mundo. Pessoas de qualquer faixa etária podem ser acometidas pela anemia, porém os grupos que estão em maior risco são adolescentes, crianças e gestantes. Já existem alguns estudos sobre a prevalência da doença, porém estes ainda são escassos e no Brasil os estudos existentes possuem abrangência limitada, mas que mostram prevalências consideráveis da patologia. O trabalho objetivou realizar reflexões a partir da revisão sistemática da literatura sobre a anemia ferropriva na adolescência e sobre a construção do perfil epidemiológico da patologia. Para tanto ao longo do trabalho discutiram-se algumas questões teóricas sobre a patologia para melhor compreensão de seu mecanismo patológico. Em seguida foram apresentados resultados de alguns estudos realizados dentro e fora do território brasileiro que apontam para a preponderância de que novos estudos sejam realizados para que se ampliem os horizontes científicos acerca da epidemiologia brasileira da doença.

Introdução

As anemias carenciais são definidas como a diminuição na produção de hemácias devido a deficiência de vitaminas, minerais e algumas proteínas essenciais para sua formação (folato, ferro (Fe), Vitamina B6, vitamina B12). Sua etiologia pode estar relacionada a diversos fatores que envolvem questões sociais, biológicas, metabólicas e nutricionais. Dentre as anemias carenciais aponta-se como de maior prevalência a Anemia Ferropriva (AF), sendo esta considerada de grande magnitude por mostrar-se em ascensão em todas as classes sociais e configura-se como um problema de saúde pública mundial tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento, embora tenha se mostrado com maior prevalência em países em desenvolvimento. Sua prevalência pode ser verificada em todas as faixas etárias, porém com maior frequência em crianças com idade de 6 a 24 meses, adolescentes e em gestantes (BRASIL, 2005; OMS, 2008).

A deficiência de ferro (DF) pode ser observada com ou sem a presença de anemia. A patologia acontece quando há severa diminuição das reservas do mineral, que podem acontecer oriundos de uma alimentação pobre em ferro, distúrbios de absorção, aumento das

necessidades metabólicas como ocorrem na gravidez e no estirão da puberdade. O desenvolvimento da anemia pode estar relacionado diretamente a um único fator etiológico, ou ser originária de um conjunto de fatores (OMS, 2001).

Em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, a prevalência da anemia ferropriva é continuamente associada a ingestão de alimentos pobres em ferro e ricos em cereais que inibem a absorção desse metal. Outro fator fortemente verificado nesse grupo de países são os altos índices de infecções parasitárias, que além de causarem perdas sanguíneas, competem ativamente com o hospedeiro por nutrientes indispensáveis a sua sobrevivência, desenvolvimento e proliferação (ENGEL, 2010).

O déficit de Ferro pode ocasionar diversos prejuízos ao indivíduo, dentre os quais são comumente verificados palidez da pele e das mucosas, crescimento deficitário, fadiga, dificuldades de aprendizagem e de memória, alterações comportamentais, alterações do sistema imunológico e diminuição da disposição física (YAMAMOTO e CAMPOS JÚNIOR, 2006).

Estudos realizados por França (2006) buscou verificar a prevalência da anemia ferropriva em adolescentes da “Vila Princesa” em Porto Velho, Rondônia. Este constatou que a anemia ferropriva é também um problema de saúde pública que envolve adolescentes, apresentando-se mais elevada entre os que vivem em situação socioeconômica menos favorecida, acometendo em maior proporção as do sexo feminino e, principalmente aquelas que foram mães há menos de 2 anos.

Analisando através da revisão bibliográfica sobre a anemia ferropriva, qual a prevalência da anemia ferropriva no Brasil? Há estudo de abrangência nacional que busque gerar conhecimento técnico-científico sobre anemia em adolescentes? Qual o perfil epidemiológico da anemia nos adolescentes brasileiros?

Nessa perspectiva justifica-se a importância de se realizar estudos sobre este tipo de anemia carencial em adolescentes, uma vez que o não tratamento da doença pode comprometer os processos de crescimento e desenvolvimento do indivíduo acarretando diversos problemas à saúde do mesmo.

A realização deste trabalho torna-se relevante pelo fato de que a anemia é uma doença silenciosa, de início insidioso que pode persistir por longos períodos sem que seja diagnosticada, além do fato de não existir qualquer programa de saúde que vise a proteção do grupo estudado ao surgimento da doença.

Para isso, o referido estudo procurou realizar reflexões a partir da revisão sistemática da literatura sobre a anemia ferropriva na adolescência e sobre a construção do perfil epidemiológico da patologia.

Metodologia

O presente estudo consistiu em uma revisão sistemática de estudos já realizados com a temática, onde foram utilizadas as palavras-chaves: anemia ferropriva e deficiência de ferro, a partir de artigos indexados no Scientific Eletronic Library Online – Scielo. Foram utilizados artigos nas línguas portuguesa e inglesa para a composição do trabalho. Utilizou-se também como referências, manuais e informes do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde. A pesquisa foi realizada entre os meses de Janeiro e Maio de 2014.

Resultados e Discussão

A deficiência de ferro configura-se como a redução das reservas de ferro no organismo geralmente relacionada ao balanço deficiente entre a ingestão de fontes de ferro e as necessidades corpóreas. A principal complicação da DF é chamada de anemia ferropriva. Ademais, a deficiência do micro mineral pode acontecer sem que o indivíduo desenvolva a anemia (BORTOLINI e FISBERG, 2010).

O processo de depleção dos níveis de ferro pode ser classificado em fases ou estágios, a depender dos processos fisiológicos e bioquímicos afetados e o tempo de exposição do organismo ao racionamento de ferro. Entretanto essa classificação tem sido realizada de maneira distinta por alguns autores, podendo a ser traçadas três ou quatro fases ou estágios.

De acordo com Stopler (2010) a deficiência de ferro acontece em quatro fases dentre as quais na primeira há diminuição da ferritina sérica. Nesta fase o balanço negativo implica em diminuição gradativa das reservas do metal. Na Segunda fase além da diminuição dos níveis séricos de ferritina, há também diminuição do ferro sérico. Na terceira fase a diminuição das demandas de ferro permanecem diminuídas, causando disfunção e manifestações clínicas, porém ainda não há o desenvolvimento da anemia. Apenas na quarta fase, quando há redução da hemoglobina (Hb) e do Volume Corpuscular Médio (VCM) é que de fato há a presença de anemia ferropriva.

Apresentando uma classificação um pouco diferenciada da anterior Whitney e Rolfes (2013) descrevem apenas três estágios da deficiência onde os dois primeiros estágios tem sua explicação semelhante a expressa pela autora anteriormente mencionada, diferenciando-se apenas no terceiro estágio onde estes autores já sinalizam a diminuição da produção de hemoglobina dando início ao que é conhecido como a anemia propriamente dita.

Ainda que não haja a anemia propriamente dita nas primeiras fases da deficiência de ferro, sua persistência e a ausência do tratamento são capazes de causar diversos prejuízos ao desenvolvimento do indivíduo como, distúrbios de aprendizagem, falta de apetite e retardo no crescimento (VITALLE E FISBERG, 2008).

Partindo dos pressupostos de que a anemia ferropriva acontece na última fase/estágio da deficiência de ferro. Buscando melhor definir a depleção do micromineral Stopler (2010) destaca que as hemácias produzidas diante a deficiência de ferro apresentam-se em tamanho reduzido e pouco coradas devido a quantidade de hemoglobina em baixos níveis, sendo assim denominadas hemácias microcíticas e hipocrômicas.

A bordando sobre a etiologia da patologia propriamente dita França (2006) salienta que para que a anemia ferropriva surja, é necessário a interação de diversos fatores etiológicos destacando dentre estes os fatores dietéticos, sociais, econômicos, e fisiológicos. Cada fator tem-se mostrado preponderante para o aparecimento do agravo e sua alta prevalência. Dentre os fatores dietéticos estão os maus hábitos alimentares, refeições pobres no micro mineral, principalmente em sua forma heme, utilização de substâncias que dificultam a absorção de ferro concomitante as refeições. Quanto as condições sociais verificam-se a má higiene, moradias insalubres que facilitam a propagação de parasitoses intestinais que competem na absorção do ferro e são causadores de perdas sanguíneas por via entérica. Aos fatores econômicos atribuem-se as dificuldades de aquisição de alimentação adequada e as condições precárias de saneamento ambiental, embora, a anemia não seja um problema restrito apenas aos países em desenvolvimento.

A adolescência é marcada por diversas alterações biológicas, psíquicas e sociais e, de acordo com Garanito, Pitta e Carneiro (2010), esse conjunto de fatores tem sido fortemente associada ao aumento da demanda de ferro e o balanço negativo do ferro no organismo do indivíduo, uma vez que a interação dos diversos fatores são preponderantes para a homeostase do ferro. Eles destacam que o estirão pubertário, a maturação sexual, a menarca nas meninas, são tidos como fatores que aumentam as necessidades corpóreas do metal, enquanto, a preocupação com a imagem corporal, influenciassociais na alimentação são tidos como fatores que contribuem para o balanço negativo do ferro e consequentemente para o estabelecimento da deficiência de ferro entre esse grupo.

Segundo Silva (2007), durante o estirão pubertário, o aumento da massa muscular e óssea, assim como do volume sanguíneo apresentam-se como os principais condicionantes para o aumento das necessidades de ferro, além da menarca nas meninas que aumenta a perda diária de ferro para 1,4 mg. Após a menarca a necessidade de ferro das adolescentes do sexo feminino é três vezes maior que em adolescentes do sexo masculino.

Estudos realizados por Frutuoso, Vigantsky e Gambardella (2003) revelaram que os níveis de hemoglobina aumentam, principalmente nos adolescentes do sexo masculino, a medida que avançam os estágios de Tanner. Sendo que os estágios de Tanner, por sua vez, configuram-se como importantes critérios para avaliação do processo de maturação sexual de acordo com o surgimento das características sexuais secundárias.

Além das perdas sanguíneas de origem menstruais, nas meninas, existem as perdas oriundas de parasitoses intestinais, principalmente as causadas por *Ancylostomaduodenalis*, *Enteróbios vermiculares*, *Ascaris lumbricoides* e *Schistosomiasis*, não se restringindo apenas ao sexo feminino, mas também aos adolescentes do sexo masculino. Além das parasitoses intestinais, podem-se ainda citar outras condições clínicas como malária, infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), tuberculose e câncer como indutores de perdas sanguíneas e fatores contributivos para a depleção das reservas de ferro (WHO, 2008).

Observando outra vertente, a sócio comportamental, Vitalle e Fisberg (2008), declaram que as mudanças comportamentais influenciadas pelos grupos sociais os quais os adolescentes estão inseridos, as influências dos pares e a própria relação com os pais geram, nesse grupo, mudanças nos hábitos alimentares que colocando-os em maiores riscos de desenvolver a deficiência de ferro. Destaca-se ainda na contemporaneidade o aumento pela busca dos *fast-foods*, potenciais causadores de danos à saúde devido as limitações nutricionais, inclusive baixo teor de ferro e vitaminas.

Segundo a OMS (2001), dentre todas as anemias nutricionais a anemia por deficiência de ferro é a que apresenta maior prevalência mundial. Estima-se que cerca de 2 milhões de pessoas em todo o mundo apresente algum estágio de deficiência de ferro e dentre estes estão em maior número, crianças, gestantes e puérperas. Estima-se que cerca de 24,8% da população mundial apresente ADF, sendo que o grupo que apresenta maior prevalência são as crianças em idade pré-escolar que apresenta 47,4% dos indivíduos acometidos pela anemia. A menor prevalência foi atribuída aos homens adultos que apresentaram 12,7% dos indivíduos acometidos por anemia.

Os dados sobre a prevalência da anemia por deficiência de ferro em adolescentes ainda são escassos, porém já despontam algumas estatísticas que mostram importantes achados sobre a patologia nesse grupo específico. Nos Estados Unidos de acordo com a National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) (1999-2000) a prevalência da anemia carencial é de 9% em adolescentes do sexo feminino entre 12 a 15 anos de idade e de 16% entre adolescentes do mesmo sexo com faixa etária entre 16 a 19 anos.

Garanito, Pitta e Carneiro (2010) relatam estudos que mostram a prevalência da anemia por deficiência de ferro em adolescentes em diversos países. Dentre estes, verificam-se 45% de prevalência entre adolescentes do sexo feminino na Índia, uma média de 4% de prevalência entre adolescentes da Inglaterra, Espanha e Suécia e na Indonésia 26% em adolescentes do sexo feminino e 11% nos jovens de sexo masculino. Os autores ainda destacam a ausência de estudos do gênero com abrangência nacional no Brasil, mas que apesar disso estima-se uma prevalência de cerca de 20%.

Embora no Brasil inexistam estudos dessa magnitude, já são verificadas prevalências significativas a partir de estudos regionais e locais como é o caso do estudo realizado por França (2006) onde verificou-se prevalência de anemia ferropriva 42,55% para ambos os sexos, sendo 25,5% entre adolescentes do sexo feminino e 17% entre os do sexo masculino residentes em Vila Princesa, Porto Velho – Rondônia. Outros estudos mostrados por Vitalle e Fisberg (2008) verifica-se que a anemia carencial no Estado de Minas Gerais, na Região Rio Acima, com prevalência de 16,6% em adolescentes do sexo feminino e prevalência de 17,6% em moças residentes em São

Paulo, que embora apresentem valores menores que o estudo realizado por Franca ainda denotam a anemia como um problema de saúde pública.

Em geral, as pesquisas mostram maiores prevalências em indivíduos do sexo feminino, porém, alguns estudos como o realizado por Mariath et. al. (2006) apontam prevalência maior entre adolescentes do sexo masculino na proporção de 31,4% para 31,1%, entretanto, não representa uma diferença estatística significativa entre os dois sexos.

Diante da importância do controle da anemia ferropriva a OMS (2008) classifica a prevalência do agravo de acordo com o percentual apresentado pelo grupo foco de estudo e assim depreende-se que: Prevalência < 5% não implica problema de saúde pública; prevalência entre 5% e 19,9% configura-se como um leve problema de saúde pública, enquanto a prevalência entorno de 20% e 39,9% atribui-se classificação de moderado problema de saúde pública e a prevalência >40% é tida como um sério problema de saúde pública.

A partir desta classificação da anemia e observando as estimativas prevista para a prevalência da patologia entre os adolescentes brasileiros, salienta-se que a doença carencial pode configurar-se como um importante problema de saúde pública merecendo então ser objeto para estudos de abrangência nacional visando conhecer melhor a realidade.

Conclusão

A partir das reflexões realizadas acerca do trabalho percebeu-se que a anemia ferropriva configura-se como uma importante patologia que pode acometer pessoas em qualquer faixa etária, sendo mais prevalente em crianças entre 6 e 24 meses, gestantes e adolescentes, além de causar diversos prejuízos aos indivíduos acometidos, sendo ainda considerada das anemias carenciais aquela de maior prevalência no mundo podendo ser verificada tanto em países desenvolvidos quanto naqueles ainda em desenvolvimento.

Depreendeu-se que os adolescentes encontram-se no grupo de risco devido, principalmente, a alterações anatomofisiológicas sofridas durante a puberdade, onde há aumento na demanda orgânica por ferro. Outro fator fortemente associado são as mudanças nos hábitos alimentares e a alimentação pobre no micro mineral.

Constatou-se também que os estudos que investigam a prevalência da patologia entre adolescentes ainda são escassos, porém já são verificados em alguns países como Índia, Inglaterra, Suécia, Indonésia e Estados Unidos. Entretanto no Brasil, não há estudos de abrangência nacional, apenas investigações loco-regionais que já sinalizam a importância de se desenvolver pesquisas de ordem nacional. Os estudos regionais realizados no Brasil apontam que os dentre os adolescentes as maiores prevalências estão entre as adolescentes de sexo feminino, aumentando ainda mais de acordo com os estágios de Tanner. Por outro lado os adolescentes de sexo masculino em geral apresentam-se com menor prevalência e os riscos diminuem a medida que o estágio de Tanner aumenta.

De modo geral os autores ainda chegaram a estimar que a prevalência da doença envolvendo a faixa etária específica seja de aproximadamente 20% em território brasileiro o que de acordo com a OMS configura a patologia como um problema de saúde pública moderado.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual operacional do Programa Nacional de Suplementação de Ferro**, Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

ENGEL, C. L. Anemia Ferropriva. In: _____. **Medcurso 2010: do internato à residência : Hematologia**, Rio de Janeiro: MedyKlin. 1v. Cap2: p. 19 -27, 2010.

FRANÇA, M. G. G. **Prevalência da Anemia Ferropriva em Adolescentes da “Vila Princesa” – Lixão em Porto Velho – Rondonia** [Dissertação], Brasília: Universidade de Brasília – UnB, 2008.

GARANITO, Marlene P.; PITTA, Tassiana S.; CARNEIRO, Jorge David A.. Deficiência de ferro na adolescência. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, São Paulo , v. 32, supl. 2, June 2010 . Disponível from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-84842010000800009&lng=en&nrm=iso>. acesso em 29 Março de 2014.

MARIATH, Aline Brandão et al . Prevalência de anemia e níveis séricos de hemoglobina em adolescentes segundo estágio de maturidade sexual. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 9, n. 4, Dec. 2006 . Disponível from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2006000400006&lng=en&nrm=iso>. acesso em 04 Março 2014.

SILVA, M. C. Anemia por deficiência de ferro na adolescência. **Rev. Adolesc Saude.** 2007;4 (1): 19-22. Disponível em http://www.adolescenciaesaude.com/audiencia_pdf.asp?aid2=116&nomeArquivo=v4n1a04.pdf. Acesso em 12/02/2014.

STOPLER, T. **Terapia nutricional médica para la anemia**. In ____ MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. Krause Dietoterapia. 12 ed. Barcelona: Elsevier Masson. 2010.

U.S Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). **Iron Deficiency: United States, 1999 – 2000**. Disponível em <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5140a1.htm>. Acesso em: 15/03/2014.

VANNUCCHI, H. Determinacao do nivel de hemoglobina utilizando a tecnica da gota seca em papel de filtro – Pesquisa Nacional de Demografi a e Saude (PNDS, 2006). In ____ TADDEI, J. A. A. C.; VIANA, K.; VITALLE, M. S. S. **Jornadas científicas do NISAN : Nucleo Interdepartamental de Seguranca Alimentar e Nutricional 2008/2009**. Barueri: Minha Editora, 2013.

VITALLE, M. S. S.; FISBERG; M. Deficiencia de Ferro em Adolescentes. In ____ TADDEI, J. A. A. C. et. al. **Jornadas científicas do NISAN :Nucleo interdepartamental de Seguranca Alimentar e Nutricional 2006/2007**. Barueri: Minha Editora, 2008.

WHITNEY, E. N.; ROLFES, S. R.. **Nutrição: volume 1 : entendendo os nutrientes**. 11. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

WHO, World Health Organization. 2008. **Worldwide prevalence of anaemia 1993–2005**: WHO global database on anaemia / Edited by Bruno de Benoist, Erin McLean, Ines Egli and Mary Cogswell. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/anaemia_iron_deficiency/9789241596657/en/index.html>. Acesso em: 02/02/2014.

WHO, World Health Organization. Iron deficiency anaemia: **assessment, prevention, and control**. A guide for programme managers. Geneva: World Health Organization, 2001.

WHO, World Health Organization. Development of a WHO growth reference for schoolaged children and adolescents. Bull World Health Organ. 2007.

YAMAMOTO, R. M.; CAMPOS JÚNIOR, D. de (coord). **Manual prático de atendimento em consultório e ambulatório de pediatria**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2006. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/pdfs/ManPraticaAtend.pdf>>. Acesso em: 02/02/2014.

Inserir as referências bibliográficas segundo a norma da ABNT (ARIAL, 10) – Atenção para não ultrapassar as margens laterais.

PREVALÊNCIA DE RISCO CARDIOVASCULAR EM ADOLESCENTES

Autor 1 – Maria Rosiane de Moura Santos – E-mail: mariarosianemoura@hotmail.com

Autor 2 – Katwerya Santana Campos – Universidade Federal do Piauí – UFPI

Autor 3 – Eliésio Cardoso de Moura – Universidade Potiguar – UNP

Autor 4 – Aldenora Oliveira do Nascimento Holanda – Universidade Federal do Piauí – UFPI

Autor 5 – Prof.^a. Msc. Artemízia Francisca de Sousa – Universidade Federal do Piauí – UFPI

Autor 6 – Prof.^a. Msc. Liejy Agnes dos Santos Raposo Landim –

Palavras-chave: Riscos cardiovasculares. Adolescentes. Prevalência.

Resumo

Os fatores de riscos cardiovasculares, tais como o excesso de peso, as dislipidemias, pressão arterial elevada, sedentarismo, tabagismo, dentre outros, estão presentes nas diferentes fases da vida, no entanto a ocorrência desses fatores em adolescentes já vem sendo descrita, existindo evidências de que o processo aterosclerótico possa se iniciar ainda mais cedo. O presente estudo objetivou estimar a prevalência de riscos cardiovasculares em adolescentes das escolas estaduais no bairro junco no município de Picos-PI. Tratou-se de um estudo de caráter transversal, desenvolvido com 71 adolescentes do ensino médio, de ambos os sexos de 15 a 19 anos de idade. Para coleta de dados utilizou-se um formulário para caracterização da amostra, contendo dados de identificação; atividade física; tabagismo; dados antropométricos e de níveis pressóricos. A amostra foi predominantemente composta por 59,2% dos adolescentes do sexo feminino e 40,8% do sexo masculino. A maioria dos jovens encontrava-se eutróficos (80,3%), níveis pressóricos normais (57,7%), praticavam atividade física regular (50,7%), não faziam uso do tabaco (97,2%). Concluímos que apesar da prevalência dos riscos cardiovasculares, na população estudada foi menor que a esperada, entretanto exige cuidados, acompanhamento mais detalhado e elaboração de estratégias educacionais que colaborem para a prevenção da instalação real de doenças cardiovasculares com o progredir da idade destes adolescentes.

Introdução

No Brasil, as doenças cardiovasculares (DCV) apresentam altas taxas de morbidade e mortalidade. Esta situação tende a se agravar pela manutenção de hábitos inadequados de alimentação, sedentarismo e tabagismo, somados a outros fatores de risco (BRASIL, 2006a). As Transições Nutricionais advêm do aumento progressivo de sobrepeso e obesidade em função das mudanças do padrão alimentar e do sedentarismo da vida moderna, que são considerados fatores de risco para doenças cardiovasculares (BRASIL, 2006b). A expressão “fatores de risco” refere-se a um conceito que vem ganhando importância crescente no campo das patologias cardiovasculares.

Aproximadamente 80% destes agravos podem ser justificados ou explicados pela presença de fatores de risco intrínsecos (idade, sexo, hereditariedade) ou extrínsecos (dieta, tabagismo, sedentarismo), entre outros, que predispõem o indivíduo a maior risco de ocorrência de doenças cardiovasculares (PANSANI et al., 2005; SBC, 2007).

Os fatores de risco cardiovascular, tais como o excesso de peso, a hipertensão arterial, as dislipidemias, dentre outros, estão presentes em grande proporção em idosos, trabalhadores e indivíduos em maior risco social, no entanto a ocorrência desses fatores em adolescentes também já vem sendo descrita, existindo evidências de que o processo aterosclerótico possa se iniciar ainda mais cedo, aumentando progressivamente com a idade e com gravidade diretamente proporcional ao número de fatores de risco apresentados pelo indivíduo (BOYD et al., 2005; CASSANI et al., 2009; MARINS et al., 2007; PEREIRA; BARRETO; PASSOS, 2008; ROMANZINI et al., 2008; SBC, 2005). Estudar os comportamentos de risco para as doenças cardiovasculares, tais como a inatividade física e a qualidade da alimentação, também é de fundamental importância para a compreensão dos diferentes contextos aos quais os adolescentes estão submetidos (MOLINA et al., 2010).

Sendo assim, o presente trabalho visou detectar precocemente a presença de fatores de riscos para desenvolvimento de DCV nos jovens que frequentam a rede estadual de ensino do bairro Junco em Picos - PI. Os resultados permitem propor medidas de intervenção sobre os eventos identificados, utilizando o espaço escolar como um ambiente apropriado para a implementação de programas de promoção da saúde, visando reduzir a probabilidade de manifestação das DCV futuramente na idade adulta.

Metodologia

Tratou-se de estudo de natureza transversal, que foi desenvolvido com adolescentes de ambos os sexos de 15 a 19 anos de idade do ensino médio, nas Unidades Escolares Estaduais Mário Martins e Miguel Lidianio, localizadas no bairro Junco no município de Picos-PI, no período de março a junho de 2011.

Segundo dados obtidos através da 9ª GRE (Gerencia Regional de Educação) e pelas próprias instituições de ensino, estas possuem um total de 497 e 544 alunos respectivamente. O processo de amostragem foi realizado de acordo com a disponibilidade da lista de alunos matriculados nas séries do ensino médio nos turnos diurnos e noturnos no ano de 2011, selecionando os adolescentes com a faixa etária de 15 a 19 anos.

O tamanho da amostra foi definido segundo a metodologia de amostragem proposta pelo SEBRAE/MG (GOMES, 2005) considerando um número de adolescentes entre 250 a 500, avaliando que os adolescentes que estudam nas Unidades Escolares supracitadas possuem características heterogêneas, utilizou-se um nível de 20 confiança de 95% e um erro amostral de 10%, onde foi necessário entrevistar aproximadamente 75 adolescentes, para que a heterogeneidade da amostra fosse garantida. Através de cálculo de proporcionalidade foram coletados dados de 45 alunos da U. E. Mário Martins e de 30 alunos da U.E. Miguel Lidianio. A escolha dos alunos de cada U.E. foi feita por sorteio aleatório.

Os critérios de inclusão adotados para o estudo foram adolescentes de 15 a 19 anos de idade, de ambos os sexos, que foram matriculados no ensino médio das U.E. já mencionadas. Foram excluídas as adolescentes grávidas, aqueles que não se encontrarem em sala de aula no dia da coleta e os que não assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido (os menores de 18 anos, os pais ou responsável) e de participação da pessoa como sujeito. Os alunos elegidos, bem como seus pais, foram informados sobre o projeto, e convidados a participar mediante assinatura de termo de consentimento (pelos pais no caso dos adolescentes até 18 anos ou pelo próprio adolescente maior de 18 anos).

Para coleta dos dados foram utilizados instrumentos para aferição das variáveis antropométricas (balança digital e estadiômetro), para aferir os níveis pressóricos (esfigmomanômetros e estetoscópio), um formulário para caracterização da amostra, contendo dados de identificação; atividade física; tabagismo; dados antropométricos e de níveis pressóricos. Para a realização da coleta de dados antropométricos, foram utilizadas as normas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2007).

O peso corporal dos escolares foi aferido em kg, em balança digital portátil da marca TANITA (BF- 683 W), com capacidade de 150kg. A estatura foi coletada em cm através do estadiômetro compacto portátil da marca WISO, medição até 2m, sendo afixado à parede lisa e sem rodapé. Foram realizadas 3 (três) mensurações para altura e peso evitando-se erros de aferição, trabalhando, posteriormente com médias. Os dados foram registrados no formulário para caracterização da amostra. A partir das variáveis peso e estatura calculou-se o Índice de Massa Corporal (IMC), que corresponde à razão entre o peso corporal (kg) pela estatura (m) elevada ao quadrado (P/E^2) que foi usado. Para a classificação do IMC corresponderam-se ao critério da nova curva proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2007).

Os níveis de pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD) foram aferidos mediante o método auscultatório com auxílio de esfigmomanômetros do tipo aneroide da marca Sankey com braçadeira ajustável, devidamente calibrado antes do início do período de avaliações com um estetoscópio Rappaport Premium. Algumas precauções necessárias foram tomadas em relação à preparação do aluno, antes da aferição da pressão arterial, tais como: repouso em ambiente calmo durante, no mínimo, cinco minutos antes da mensuração; posição sentada com pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira; bexiga esvaziada; braço na altura do coração, com a palma da mão voltada para cima e silêncio durante o procedimento (V SBH, 2006). O valor da PAS correspondeu à fase I de Korotkoff e o da PAD à fase V, ou de desaparecimento dos sons. Foram realizadas duas medidas, utilizando o valor médio de ambas para análise, em uma única visita as unidades escolares. Todas as aferições foram realizadas por uma única avaliadora, devidamente familiarizada com a padronização adotada. Para a interpretação dos valores da pressão arterial dos adolescentes, foram utilizados como referência os critérios estabelecidos pela V Diretriz da Sociedade Brasileira de Hipertensão arterial (V SBH, 2006), que classifica os valores de pressão arterial sistólica (PAS) e pressão arterial diastólica (PAD) referente aos percentis 90, 95 e 99 de pressão arterial para crianças e adolescentes, de acordo com o sexo, idade (1 a 17 anos) e estatura (tabela 2), esta classificação foi adotada para os adolescentes de 15 a 17anos.

Para o conhecimento sobre a prática de atividade física, perguntou-se aos adolescentes se os mesmos praticam ou não algum tipo de atividade física e, em caso afirmativo, solicitou-se que especificassem o tipo, a frequência semanal e o tempo destinado à atividade. Foram considerados praticantes de atividade física os adolescentes que declararam frequência de, pelo menos, 30 minutos de exercício, realizados duas vezes na semana, com base no trabalho de Matsudo et al. (2001), que caracteriza como prática de atividade física a realização de pelo menos 60 minutos por semana.

O hábito quanto ao uso de tabaco foi identificado mediante análise das respostas apresentadas pelos adolescentes a uma questão elaborada especificamente para essa finalidade. A questão “você é fumante” foi apresentada aos adolescentes com cinco opções de resposta: (0) não, nunca fumei; (1) não, mas já fumei anteriormente; (2) sim, fumo ocasionalmente; (3) sim, fumo pelo menos uma vez por semana; e (4) sim, fumo diariamente. Foram considerados fumantes aqueles adolescentes que disseram fumar pelo menos uma vez por semana ou diariamente

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí, no dia 24/03/2011 segundo carta de aprovação nº 0453.0.045.000-10 em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Utilizou-se para construção da base de dados e análise o programa Epi Info Windows (versão 3.5.2). Após a digitação, os dados foram checados para consistência e identificação de valores não esperados. A prevalência dos fatores de risco, assim como seus respectivos intervalos de 95% de confiança (IC 95%), foi calculada para a amostra total e estratificada por sexo. As diferenças de proporções foram avaliadas através do teste qui-quadrado e valores de p menores que 0,05 foram considerados estatisticamente significantes.

Resultados e Discussão

As amostras foram predominantemente compostas por 59,2% ($n=42$) adolescentes do sexo feminino e 40,8% do sexo masculino (gráfico 1). A média de idade foi de 16,7 anos ($\pm 1,29$), variando de 15 a 19 anos de idade.

Gráfico 1- Prevalência do sexo dos adolescentes das escolas estaduais do bairro Junco, Picos-PI.

Com relação ao estado nutricional, a classificação pelo Índice de Massa Corporal por Idade (IMC/I), demonstrou que 80,3% dos adolescentes encontravam-se eutróficos, 1,4% apresentaram magreza e 18,3%, com excesso de peso (sobrepeso + obesidade). Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa ($p>0,05$) entre os sexos, entretanto pode-se observar uma maior prevalência de excesso de peso nos adolescentes do gênero masculino (31,0%) em comparação do feminino (9,5%), como ressaltado na tabela 1. A prevalência de excesso de peso no presente trabalho foi similar aos resultados do estudo realizado entre adolescentes em Londrina-PR, por Christofaro et al. (2011), observando também uma maior prevalência de excesso de peso no sexo masculino do que no feminino. Todavia, resultados contrários encontrados por Beck et al. (2011) em adolescentes com faixa etária de 14 a 19 anos da cidade de Três de Maio-RS, a prevalência de excesso de peso (15%) foi inferior e não diferiu entre os sexos.

Com relação a classificação dos níveis pressóricos demonstraram que 8,5% ($n=6$) dos adolescentes apresentaram níveis ótimos, 57,7% ($n=41$) normal e 33,8%, pressão arterial elevada (limítrofe + hipertensão estágio 1), tabela 1. Observa-se que a pressão arterial elevada presente neste estudo corroboram com os resultados de outros estudos com mesmo protocolo de pesquisa, que encontraram prevalências menores de 19,7% e 16,2% (SILVA et al., 2010 e SILVA; FARIAS, 2007) respectivamente. A comparação dos valores de pressão arterial entre os sexos demonstrou diferenças estatisticamente significantes ($p<0,05$). Todavia pode-se observar com o agrupamento dos valores de limítrofe (indicação de alerta) mais hipertensão estágio 1, o que evidencia uma prevalência de pressão arterial elevada em 62,0% ($n=18$) dos adolescentes do sexo masculino e 14,3% ($n=6$) do feminino (tabela 1).

Observando o padrão de atividade física, 50,7% ($n=36$) dos sujeitos da amostra praticavam algum tipo de atividade mais de 60 minutos por semana sendo considerados segundo os critérios de Matsudo et al. (2001), indivíduos fisicamente ativos, enquanto 49,3% ($n=35$) não praticavam nenhum tipo de atividade física ou essa era inferior a 60 minutos por semana, sendo portanto, considerados sedentários. Avaliando a prática de atividade física por 29 gênero, observa-se que 49,3% ($n=35$) dos adolescentes considerados sedentários, 62,0% ($n=26$) pertencem ao sexo feminino em comparação ao masculino 31,0% ($n=9$), como mostra a tabela 1. Investigação realizada com semelhante metodologia por Rêgo e Chiara (2006) com 56 adolescentes de 10 a 19 anos, apresentaram

resultados semelhantes ao do presente estudo. Os pesquisadores observaram que 53,6% dos sedentários, a maioria pertencia ao sexo feminino. Indica-se que os efeitos da prática de atividade física sobre a precaução de DCV estejam relacionados ao melhor

condicionamento cardiovascular e ao aumento do gasto energético, com redução de pressão arterial (ANDERSEN et al., 2004). No entanto, nessa investigação, não houve qualquer associação estatisticamente significativa entre a prática de atividade com o IMC e os níveis pressóricos ($p=0,479$; 0,127), apenas com relação ao sexo ($p<0,05$).

Um aspecto positivo observado na tabela 1 refere-se à baixa prevalência de tabagismo (2,8%), a qual foi praticamente a metade daquela relatada por Romanzini et al. (2008), nas escolas da rede pública de ensino do município de Londrina (5,1%), onde não foram incluídos na amostra adolescentes do turno noturno do ensino médio. Não foi encontrada associação estatisticamente significativa ($p>0,05$) entre os sexos. Essa baixa prevalência pode ser justificada, pelas constantes campanhas e ações direcionadas ao controle do tabaco. A escola, indiscutivelmente, é um ambiente privilegiado para a prevenção do tabagismo.

* Teste do qui-quadrado; IC: Intervalo de Confiança

Conclusão

De acordo com os resultados obtidos pode-se concluir que apesar dos fatores de riscos cardiovasculares não se apresentaram em maior prevalência na população estudada, como se esperava. Ressalta-se a importância das elevadas prevalências de excesso de peso, pressão arterial e sedentarismo, que se mostra com diferenças estatisticamente significantes entre os gêneros, com exceção do IMC. Estes achados reforçam a importância de dar maior atenção aos fatores de riscos para doenças cardiovasculares, assim, justifica-se a necessidade de acompanhamento mais detalhado e elaboração de estratégias educacionais principalmente no ambiente escolar, englobando (diretores, professores, pais e os próprios alunos) como foco tanto de forma individual como coletiva, no intuito de auxiliar e

mesmo garantir de forma mais afetiva e permanente mudanças no comportamento de riscos, colaborando assim na prevenção de doenças cardiovasculares com o progredir da idade dos mesmos.

Referências

ANDERSEN, L. B. et al. Physical activity and clustered cardiovascular risk in children: a cross-sectional study (The European Youth Heart Study). **Lancet**. v. 368, p. 299-304, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica do Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 56 p., 2006a. (Cadernos de Atenção Básica n.º 14).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS)**. In: relatório de vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no SUS. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v.15, n.1, 2006b.

BECK, C. C. et al. Fatores de risco cardiovascular em adolescentes de município do sul do Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol**, v. 14, n. 1, p. 36-49, 2011.

BOYD, S. et al. Effect of obesity and high blood pressure on plasma lipid levels in children and adolescents. **Pediatrics**, v. 116, p. 442-446, 2005.

Tabela 1 - Prevalência das variáveis estudadas por sexo e total dos adolescentes das escolas estaduais do bairro Junco, Picos-PI.

Sexo		Masculino (N=29)		Feminino (N=42)		Valor de p*		Total IC95% (N=71)	
Variáveis		N		N		N		%	
N	%								
Estado nutricional				0,057					
Magreza	1	3,4	0	0	1	1,4	(0,0-7,6)		
Eutrofia	19	65,5	38	90,5	57	80,3	(69,1-88,8)		
Sobrepeso	8	27,6	4	9,5	12	16,9	(9,0-27,7)		
Obesidade	1	3,4	0	0	1	1,4	(0,0-7,6)		
Níveis pressóricos				0,000					
Ótimo	2	6,9	4	9,5	6	8,5	(3,2-17,5)		
Normal	9	31	32	76,2	41	57,7	(45,4-69,4)		
Limítrofe	9	31	4	9,5	13	18,3	(10,1-29,3)		
Hipertensão estágio 1	9	31	2	4,8	11	15,5	(8,0-26,0)		
Atividade física				0,011					
Ativo	20	69	16	38	36	50,7	(38,6-62,8)		
Sedentário	9	31	26	62	35	49,3	(37,2-61,4)		
Tabagismo				0,084					
Não	27	93,1	42	100	69	97,2	(90,2-99,7)		
Sim	2	6,9	0	0	2	2,8	(0,3-9,8)		

CHRISTOFARO, D. G. D. et al. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre escolares em Londrina – PR. **Rev. Bras. Epidemiol**, v 14, n. 1, p. 27-35, 2011.

CASSANI, R. S. L. et al. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em trabalhadores de uma indústria brasileira. **Arq. Bras. Cardiol**. v. 92, p. 16-22, 2009.

GOMES, I. M. **Manual Como Elaborar uma Pesquisa de Mercado**. Belo Horizonte: SEBRAE/MG, 2005.

MARINS, V. M. et al. The association between socioeconomic indicators and cardiovascular disease risk factors in Rio de Janeiro, Brazil. **J Biosoc Sci**, v. 39, p. 221-229, 2007.

MOLINA, M. et al. Fatores de risco cardiovascular em crianças de 7 a 10 anos de área urbana, Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Cad. de Saúde Pública**, v. 26, n. 5, p. 909-917, 2010.

PANSANI, A. P. et al. Prevalência de fatores de risco para doenças coronarianas em idosas frequentadoras de um programa “Universidade Aberta a Terceira Idade”. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 12, n. 1, 2005.

PEREIRA, J. C., BARRETO S. M., PASSOS V. M. A. O perfil de saúde cardiovascular dos idosos brasileiros precisa melhorar: estudo de base populacional. **Arq Bras Cardiol**, v.91, p. 1-10, 2008.

ROMANZINI, M. et al. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em adolescentes. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, p. 2573-81, 2008.

RÊGO, A. L. V.; CHIARA, V. L. Nutrição e excesso de massa corporal: fatores de risco cardiovascular em adolescentes. **Rev. Nutr.** v. 19, n. 6, p. 705-712, 2006.

SILVA, K. S.; FARIAS JÚNIOR, J. C. Fatores de risco associados à pressão arterial elevada em adolescentes. **Rev. Bras. Med. Esporte.** v. 13, n. 4, p. 237-240, 2007. SILVA, P. C. V. et al. Pressão arterial de adolescentes de escolas particulares de Fortaleza-CE. **Acta Paul Enferm**, v.23, n. 4, p. 512-518, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). V diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. **Arquivos Brasileiros Cardiologia**, v. 89, n. 3, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, Departamento de Aterosclerose. I diretriz de prevenção da aterosclerose na infância e na adolescência. **Arq Bras Cardiol**, v. 85, p. 3-36, 2005.

PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS ENTRE ADOLESCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS: UM ESTUDO DESCRITIVO

Jaqueline Nogueira Costa – Universidade Federal do Piauí (UFPI) - jaquelinecosta117@gmail.com
Ruth Rodrigues de Carvalho – Universidade Federal do Piauí (UFPI)
Laura Maria Feitosa Formiga - Universidade Federal do Piauí (UFPI)
Ana Roberta Vilarouca da Silva - Universidade Federal do Piauí (UFPI)
Ana Karla Sousa de Oliveira - Universidade Federal do Piauí (UFPI)
Luisa Helena de Oliveira Lima (Orientadora) – Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Palavras-chave: Depressão. Adolescente. Enfermagem.

Resumo

A depressão conhecida hoje como “mal do século” apresenta alta e crescente prevalência na população geral, representando um dos problemas mais graves em saúde pública. Segundo Baptista; Baptista e Dias (2001), a adolescência parece ser uma das fases do desenvolvimento humano em que um grande número de mudanças ocorre em um período de tempo muito curto, o que se supõe certa preocupação em relação ao desenvolvimento de problemas ligados à saúde mental. Assim, este estudo teve como objetivo: investigar a prevalência de sintomas depressivos entre adolescentes de escolas públicas no município de Simplício Mendes-PI. Trata-se de um estudo de caráter descritivo e do tipo transversal, foi desenvolvido em três escolas públicas estaduais do município de Simplício Mendes - PI. Para a condução da pesquisa foram selecionados alunos que estivessem na faixa etária entre 10 e 19 anos. Na coleta de dados foi utilizado um formulário para avaliação de sintomas depressivos. Os resultados obtidos apontaram uma prevalência de sintomas depressivos como alta (23,68%), sendo a maioria do sexo feminino (52,4%). Os achados deste trabalho nos mostraram que a prevalência dos sintomas depressivos em adolescentes foi alta, o que gera certa preocupação em relação à saúde destes. Sobre a prevalência de sintomatologia depressiva, cabe destacar que ao contrário da maioria dos estudos sobre sintomas depressivos em adolescentes, esta investigação não encontrou diferenças na ocorrência de depressão no que diz respeito ao sexo.

Introdução

A depressão conhecida hoje como “mal do século” apresenta alta e crescente prevalência na população geral, representando um dos problemas mais graves em saúde pública. É caracterizada por alterações comportamentais, emocionais e de pensamentos, prejudicando dessa forma a qualidade de vida do indivíduo.

Segundo Baptista; Baptista e Dias (2001), a adolescência parece ser uma das fases do desenvolvimento humano em que um grande número de mudanças ocorre em um período de tempo muito curto, o que se supõe uma certa preocupação em relação ao desenvolvimento de problemas ligados à saúde mental.

A manifestação da depressão em adolescentes (idade a partir de doze anos) costuma apresentar sintomas semelhantes aos dos adultos, mas também existem importantes características fenomenológicas que são típicas do transtorno depressivo nesta fase da vida. Adolescentes deprimidos não estão sempre tristes; apresentam-se principalmente irritáveis e instáveis, podendo ocorrer crises de explosão e raiva em seu comportamento (BAHLS, 2002).

A exposição a estressores na infância são um dos fatores que mais se destacam, associados à depressão na adolescência.

A prevalência de depressão em adolescentes, segundo artigos de revisão, varia de 0,4% a 10,0%, com claro predomínio das meninas sobre os meninos e os índices de depressão aumentam consideravelmente nesta idade, com taxas e distribuição no gênero (predomínio feminino) semelhante aos dos adultos (MACEDO; POLUBRIAGINO, 2007).

Nesta perspectiva, pretende-se com este estudo investigar a prevalência de sintomas depressivos entre adolescentes de escolas públicas no município de Simplício Mendes.

O estudo sobre a depressão na adolescência é de grande importância para a saúde pública, pois se trata de um assunto atual e novo, e quando relacionado a crianças e adolescentes, torna-se pouco conhecida, dificultando a descoberta dos sintomas que muitas vezes não são percebidos com facilidades pelos familiares, pessoas próximas e até mesmo profissionais da área da saúde. Com a descoberta dos sintomas, podem ser feitas intervenções uma vez que possibilita amenizar a doença ou prevenir para que não aconteça nessa fase da vida. Assim, este estudo teve como objetivo: investigar a prevalência de sintomas depressivos entre adolescentes de escolas públicas no município de Simplício Mendes-PI.

Metodologia

Trata-se de um estudo de caráter descritivo e do tipo transversal, foi desenvolvido em três escolas públicas estaduais do município de Simplício Mendes no estado do Piauí. As escolas foram escolhidas para o estudo por apresentarem um maior número de alunos, na faixa etária proposta para a pesquisa.

Para a condução da pesquisa foram selecionados alunos que estivessem na faixa etária entre 10 e 19 anos e regularmente matriculados nas instituições selecionadas, faixa etária escolhida por representar um período de grandes descobertas, mudanças físicas e psicológicas. O cálculo amostral foi realizado utilizando a fórmula para estudos transversais com população finita (LUIZ; MAGNANINI, 2006). Considerados como parâmetros o coeficiente de 95% (1,96), erro amostral de 6% e população de 632 adolescentes regularmente matriculados nas escolas do município de Simplício Mendes no ano de 2013. A partir da aplicação da fórmula encontrou-se um total de 84 adolescentes.

A coleta de dados foi realizada no período de setembro de 2013, nas unidades escolares selecionadas. Para sua coleta foi utilizado um formulário para avaliação de sintomas depressivos, adaptado da Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-DC) (GONÇALVES; FAGULHA, 2004).

Os dados coletados foram tabulados e analisados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Os resultados foram analisados por meio da estatística descritiva e discutidos de acordo com a literatura pertinente.

Tendo em vista o aspecto ético do estudo, o mesmo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (UFPI), CAAE: 16533813.5.0000.5214. Visando contemplar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa que envolve seres humanos, preconizadas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

A fim de esclarecer que nenhum adolescente terá risco ao participar da pesquisa, estes serão informados sobre os objetivos do estudo, bem como os benefícios a serem adquiridos com a realização do mesmo. Ao mesmo tempo, utilizou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para garantir o cumprimento dos preceitos éticos, bem como o direito ao anonimato do participante e sua autonomia quanto a participar da pesquisa sem qualquer prejuízo.

Resultados e Discussão

Na distribuição da amostra a maioria era do sexo feminino (52,4%), solteiro (92,4%), pardo (64,3%) e a média da pontuação da escala foi 23,68 pontos. Os adolescentes e suas mães apresentaram uma mediana de 9 anos de estudo, cada um, enquanto a mediana da renda familiar foi de R\$ 500 reais.

A relação entre o nível de sintomas depressivos com o sexo e a faixa etária. Não houve diferença significativa nestes dois quesitos.

Além das informações socioeconômicas, foram avaliados os sintomas depressivos dos adolescentes. Identificou-se que alguns sintomas foram relevantes para o presente estudo, dentre eles podemos citar os seguintes itens: 29,8% responderam que não tinha vontade de comer, não estava com muita fome; 23,8% algumas vezes não eram capazes de se sentir feliz, mesmo quando sua família ou amigos tentaram ajudar a se sentir melhor; 26,2% sentiu medo; 27,4% não dormiu tão bem como costuma dormir; 23,8% tiveram vontade de chorar.

A depressão em adolescentes vem sendo alvo de muitas pesquisas, por este motivo o presente trabalho procurou investigar a prevalência de sintomas depressivos em adolescentes de escolas públicas do município de Simplício Mendes.

A distribuição dos estudantes, segundo as variáveis socioeconômicas, revela que a amostra é formada, majoritariamente, por adolescentes que se auto definiram como pardos (64,3%); 92,4% relacionado ao estado civil eram solteiros; 47,6% pertencendo ao sexo masculino e 52,4 ao sexo feminino.

Os resultados da pesquisa estudada apontam que da amostra total dos adolescentes (n=84), apresentaram pontuação que indica depressão em grau moderado. Estes dados somam 23,68% da amostra e vão ao encontro dos resultados encontrados por Rocha e colaboradores (2006), que constatou a presença de sintomatologia depressiva em 20,3% da amostra estudada na cidade de Uberaba.

Sobre a prevalência de sintomatologia depressiva, cabe destacar que ao contrário da maioria dos estudos sobre sintomas depressivos em adolescentes, esta investigação não encontrou diferenças na ocorrência de depressão no que diz respeito ao sexo. Talvez isso possa ser explicado pelo pequeno tamanho amostral.

Ainda com relação ao sexo, diversas pesquisas indicam que as mulheres apresentam cerca de duas vezes mais depressão do que os homens (ROCHA, et al., 2006). No entanto, não fica evidenciado que ser do sexo feminino realmente representa um fator de risco para o desenvolvimento da doença (AVANCI; ASSIS; OLIVEIRA, 2008).

Fonseca; Ferreira e Fonseca (2005), que relatam maior frequência de depressão em meninas e na primeira fase da adolescência. Existem três hipóteses descritas na literatura para explicar porque isso ocorre. A primeira hipótese sugere que a depressão nessa fase é produto direto da interação dos hormônios sexuais com o ambiente psicossocial, isto é, as garotas ficariam mais vulneráveis biologicamente para enfrentar os desafios encontrados nessa fase da vida (BAHLS, 2002). A segunda hipótese provém das teorias cognitivas e sugere que as meninas tendem a codificar e interpretar negativamente os eventos da vida, o que cria condições de vulnerabilidade para a depressão (BAPTISTA; OLIVEIRA, 2004). A terceira hipótese indica que os relacionamentos interpessoais podem, por vezes, contribuir para o desenvolvimento dos sintomas depressivos (MACEDO; POLUBRIAGINO, 2007).

Com relação à idade neste estudo também não houve diferença significativa entre a adolescência inicial (10 a 14 anos) e a tardia (15 a 19 anos).

Apesar das meninas apresentarem com maior frequência o diagnóstico de depressão, os meninos cometem mais o suicídio. Para explicar esse dado, acredita-se que as meninas procuram mais ajuda, falam com mais facilidade sobre seus problemas, o que pode prevenir atos fatais. Os meninos, por sua vez, apresentam maior agressividade e impulsividade e consomem mais bebidas alcoólicas e drogas ilícitas, o que facilita a cometer o suicídio (BRASIL, 2007).

Esses dados confirmam a doença depressiva em adolescentes como um problema de saúde pública, conforme destacam Bahls e Bahls (2002).

No que diz respeito aos fatores de risco para a depressão, em se tratando de crianças e adolescentes, Bahls (2002) destaca a presença de histórico familiar de depressão como sendo um importante fator de risco para tal transtorno.

Existem diversos fatores de risco para a depressão, que podem ocorrer durante a vida. Ela pode estar relacionada, em qualquer faixa etária, a problemas acadêmicos, abuso de álcool e drogas, transtornos de ansiedade, déficit de atenção, pânico, distúrbios alimentares, dúvida quanto à orientação sexual, histórico familiar (doenças psiquiátricas e não psiquiátricas), estresse constante, perda dos pais por luto ou divórcio, abuso sexual, baixa condição socioeconômica, poucas habilidades sociais, entre outras (ROCHA et al., 2006).

Macedo; Polubriagino (2007) comenta que o ambiente familiar agradável se torna um dos principais pilares para a cura da depressão na adolescência. Quando a base familiar não existe ou se encontra desestruturada o indivíduo se torna mais vulnerável a distúrbios da doença, constituindo-se, portanto, fatores de risco para o transtorno.

Neste estudo não foi possível verificar o histórico familiar de depressão e nem as relações interpessoais, pois estes quesitos não foram incluídos no instrumento de coleta de dados.

Diante disso, cabe ressaltar que esse momento da vida é muito propício para o surgimento da sintomatologia depressiva. Além disso, é importante considerar o contexto atual em que os jovens estão inseridos, ambiente composto por inúmeras situações novas e pressões sociais trazidas pela competitividade e exigências do mundo moderno.

A presença de sintomas depressivos é um importante fator de risco para comportamento suicida, situando-se como um dos mais fortes fatores dessa condição. Esse dado é relevante, particularmente para a prevenção do problema, visto que a depressão pode passar despercebida por familiares, professores e profissionais da saúde, porque, na adolescência, esse transtorno muitas vezes se manifesta por intermédio de queixas somáticas, problemas no âmbito sexual, baixo rendimento escolar e problemas de conduta, em vez de humor deprimido (BAGGIO; PALAZZO; AERTS, 2009).

A escola tem papel estratégico para a promoção e proteção da saúde dos alunos, pois é o local onde são reproduzidos os padrões de comportamentos e relacionamentos que podem por em risco a saúde dos jovens. Nesse sentido, acredita-se que se a escola possa ser um local privilegiado para a identificação precoce de situações problemáticas, já que aspectos relacionados ao meio familiar, grupo de amigos e escola são de extrema importância para a qualidade de vida do adolescente (BITTENCOURT et al., 2009).

Destaca-se, então, que mesmo que oscilações do humor e crises afetivas possam ser frequentes e comuns na adolescência, elas sempre merecerão atenção, não podendo ser naturalizadas pelo fato de serem “típicas” da adolescência. A prevenção e intervenção adequadas junto a adolescentes com depressão dependem disso.

Conclusão

Os achados deste trabalho nos mostraram que a prevalência dos sintomas depressivos em adolescentes foi alta, o que gera certa preocupação em relação à saúde destes. Vale destacar novamente que esses resultados são úteis para promover maior reflexão sobre o processo adolecer e subsidiar estratégias preventivas ao transtorno depressivo nesta fase da vida.

A depressão na adolescência é um transtorno que ainda não é corretamente diagnosticado ou mesmo negligenciado pela família ou até mesmo pelos profissionais da saúde.

Falar sobre a depressão no adolescente é falar sobre uma depressão diferenciada, com causas e efeitos específicos, que requerem uma compreensão e um modelo de promoção, também específicos. A causa disto é que a adolescência representa um período de várias mudanças.

É essencial que pais, educadores e profissionais da saúde, estejam sempre atentos aos sintomas depressivos nos adolescentes, para então detectar a doença e intervir precocemente junto a eles. Os achados desta pesquisa não apresentam evidência suficiente para sustentar o diagnóstico da depressão em adolescentes, pois o objetivo principal era o rastreamento sintomático.

Contudo se torna necessário a implantação de programas que focalizam não só o tratamento, mas também, principalmente, nos fatores que cercam o dia-a-dia do adolescente e que exercem força na experiência depressiva.

O presente estudo também apresenta algumas limitações a serem explicadas: a amostra obtida e o formulário de coletados dados podem não ter sido suficientes para obter um resultado mais abrangente em relação à pesquisa, pois ao comparar com outras literaturas observou-se que são muitos os fatores associados a sintomatologia da depressão em adolescentes e que estes poderiam ter sido avaliados.

Entendemos, no entanto, que são necessários mais estudos sobre o tema para melhor aprendizado, pois o mesmo é considerado hoje como um dos problemas de saúde pública mais importante.

Referências

AVANCI, J. Q.; ASSIS, S. G.; OLIVEIRA, R. V.C. Sintomas depressivos na adolescência: estudo sobre fatores psicossociais em amostra de escolares de um município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 24, n. 10, p. 2334 – 2346, 2008.

BAGGIO, L.; PALAZZO, L. S.; AERTS, D. R. G. C. Planejamento suicida entre adolescentes escolares: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 1, p. 142-150, 2009.

BAHLS, S. G. Aspectos clínicos da depressão na infância e na adolescência. **J Pediátrica**. v. 78, n. 5, p. 359 – 366, 2002.

BAHLS, S. C.; BAHLS, F. R. C. Depressão na adolescência: características clínicas. **Interação em Psicologia**, v.6, n.1, p.49-57, 2002.

BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S. D.; DIAS, R.R. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. **PsicolCienc**.v. 21, n. 2, p. 52 – 61, 2001.

BAPTISTA, M. N.; OLIVEIRA, A. A. Sintomatologia de depressão e suporte familiar em adolescentes: um estudo de correlação. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v.14, n. 3, p.58-67, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **A saúde de adolescentes e jovens** Uma metodologia de auto-aprendizagem para equipes de atenção básica: modulo avançado.MS, 2007.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de novembro de 2012**. Dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União: 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_versao_final_196_ENCEP2012.pdf> Acesso em: 10 ago. 2013.

BITTENCOURT, A. A. et al. Sentimento de discriminação em estudantes: prevalência e fatores associados. **RevSaúdePública**, v. 43, n. 2, p. 236-45, 2009.

GONÇALVES, B.; FAGULHA, T. The Portuguese Version of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). **European Journal of Psychological Assessment**, v. 20, n. 4, p. 339–48, 2004.

LUIZ, R. R; MAGNANINI, M. M. F. A lógica da determinação do tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. **Cad. Saúde Coletiva**, v. 8, p. 9-28, 2006.

MACEDO, F. S. POLUBRIAGINO, F. C. Separação dos pais na infância = depressão na adolescência? **Rev. Enferm. UNISA**.v. 8, p. 34 – 37, 2007.

ROCHA, T. H. R. et al. Sintomas depressivos em adolescentes de um colégio particular. **PSICO-USF**, v. 11, n. 1, p. 95-102, 2006.

Agradecimentos

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

PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA EM FORTALEZA – CEARÁ: UMA AVALIAÇÃO DE ESTRUTURA E PROCESSO

1 Ana Fátima Braga Rocha – bolsista CAPES - Universidade de Fortaleza – ana_lumen@hotmail.com

2 Valéria Lima de Barros – Universidade Federal do Piauí

3 Heber José de Moura – Universidade de Fortaleza

4 Marilene Alves Oliveira Guanabara – Universidade de Fortaleza

5 Ana Cristina Uchoa Lopes – Universidade de Fortaleza

6 Maria Alix Leite Araújo – Universidade de Fortaleza

Palavras-chave: Avaliação em saúde. Sífilis congênita. Assistência pré-natal.

Resumo

Objetivo: Avaliar a estrutura e o processo de trabalho dos profissionais de saúde para desenvolver as ações de prevenção e controle da sífilis congênita em Fortaleza, Ceará. **Métodos:** Pesquisa avaliativa desenvolvida entre julho e outubro de 2011 em 89 unidades primárias. Foram avaliados os componentes de estrutura física, materiais e insumos, recursos humanos e estrutura organizacional e as unidades foram classificadas como insuficiente, precária, satisfatória e ótima. **Resultados:** Na classificação geral, encontrou-se que 47,2% das unidades foram consideradas insatisfatórias. Tinham sala de coleta de sangue em 68,5%, havia profissional capacitado para atender casos de sífilis em 21,3% e apenas 16,9% das unidades aplicavam a penicilina benzatina em gestantes. **Conclusão:** No geral, as unidades primárias de saúde não se encontravam em condições estruturais e processuais para contribuir para o controle da sífilis congênita.

Introdução

A sífilis quando ocorre durante a gestação, traz implícito o risco de transmissão vertical se a gestante não é tratada ou é inadequadamente tratada, podendo desencadear quadros de sífilis congênita (SC), com graves sequelas perinatais. O controle da transmissão vertical é possível, considerando-se a existência de testes diagnósticos sensíveis, tratamento eficaz e de baixo custo (WHO, 2007). Ocorre que a SC permanece como um grande desafio à saúde pública em vários países do mundo, incluindo o Brasil.

Apesar de ser mais frequente na gestação do que a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), a SC não tem a mesma visibilidade e mobilização para o seu controle. Entre os casos notificados no Brasil em 2011, 76,4% das mães realizaram pré-natal, destas, 97,0% tiveram o diagnóstico de sífilis durante a gravidez e 68,0% não tiveram seus parceiros tratados (BRASIL, 2012). Mesmo desconsiderando-se a subnotificação, estes indicadores apontam para a baixa qualidade do pré-natal e para a necessidade de reflexão e reestruturação da assistência dispensada às gestantes.

Ao longo dos anos, vem se buscando melhoria na qualidade da assistência pré-natal e recentemente, foi lançado o programa Rede Cegonha (BRASIL, 2006) que tem como um dos objetivos a redução da transmissão vertical da sífilis. Para tanto, imperativo se faz que os municípios organizem suas unidades de Saúde da Família, dotando-as de instalações adequadas, equipamento, material e insumos mínimos, apoio laboratorial, instrumentos de registro, processamento e análise de dados, medicamentos essenciais, além de profissionais qualificados e em número suficiente, garantindo recursos financeiros compatíveis com os serviços prestados e assegurando acessibilidades e acompanhamento dos processos saúde-doença dos usuários e famílias da área adscrita (BRASIL, 2008).

Estudo de avaliação e análise de programas e serviços de saúde evidenciou que a estrutura das unidades básicas de saúde interfere na organização dos serviços e na qualidade da assistência prestada (SERRA; RODRIGUES, 2010).

Esta pesquisa tem por objetivo avaliar, nas unidades de atenção primária em saúde de Fortaleza, a estrutura e aspectos do processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), identificando os pontos fortes e as fragilidades dos serviços, procurando contribuir com a elaboração de estratégias para a prevenção e o controle da sífilis na gestação e consequentemente da SC.

Metodologia

Pesquisa avaliativa realizada em Fortaleza-Ceará que se encontra dividida em seis Coordenadorias Regionais (CR). A atenção primária possui 92 unidades, todas funcionando como ESF. Três unidades não foram incluídas na pesquisa (duas estavam em reforma e uma havia sido fechada), totalizando assim, 89 unidades participantes do estudo.

A coleta de dados foi realizada no período de julho a outubro de 2011 através de um instrumento que utilizou como referência políticas e manuais do Ministério da Saúde. A partir desses documentos e utilizando os métodos de análise hierárquica, denominado Analytic Hierarchy Process (AHP), e de análise fatorial, foram definidos os componentes de Estrutura Física (EF), Recursos Materiais (RM), Recursos Humanos (RH) e Processos Organizacionais (EO), com seus respectivos fatores representativos considerados necessários à prevenção da sífilis congênita nas unidades primárias.

A AHP e a análise fatorial são abordagens quantitativas adotadas quando se deseja ordenar uma grande quantidade de variáveis por meio da comparação binária (SAATY, 2005). Esses tipos de análises avaliam a correlação entre um grande número de variáveis e as agrupam em um menor número, identificando o significado dos agrupamentos realizados. A esse número menor de variáveis dá-se o nome de fatores.

Foi elaborado um check list e aplicado nas 89 unidades, cujas informações foram complementadas pela observação direta. O objetivo era avaliar se as unidades primárias contemplavam os aspectos considerados nos quatro componentes para atenderem as recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS) para o controle da sífilis congênita.

Os dados foram coletados durante visitas às unidades, sempre com o acompanhamento do coordenador ou de um enfermeiro da unidade. Os dados foram processados e analisados com a utilização do software SPSS (versão 18.1) e apresentadas em forma de tabelas de frequências.

Mediante a realização do teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov (KS), verificou-se que o índice apresentou distribuição normal. Para aplicá-lo às unidades, foram adotados escores padronizados, denominados z-scores, que vêm a ser a variável original transformada em uma distribuição normal, com média zero e desvio-padrão 1, o que os torna mais fáceis de serem comparados. Posteriormente, os intervalos de classificação das unidades foram definidos da seguinte forma: desvio padrão menor que zero, as mesmas foram consideradas insatisfatórias e satisfatórias aquelas com desvio padrão igual ou maior que zero.

O estudo faz parte de uma pesquisa maior intitulada “Avaliação das ações de prevenção da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza, Ceará” que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) sob o parecer nº 072/2009.

Resultados e Discussão

Foram incluídas no estudo 89 unidades primárias, todas atendendo na lógica da ESF. No geral, 42 (47,2%) unidades foram classificadas como insatisfatórias para diagnosticar e tratar gestantes com sífilis.

Quanto ao componente estrutura física, em 77 (86,5%) unidades a estrutura física foi considerada adequada (possuía birô, cadeiras para o usuário e o acompanhante, mesa de exame clínico, sonar e fita métrica). Em quatro unidades (4,5%), os consultórios de atendimento pré-natal eram compartilhados pelos profissionais no mesmo horário de atendimento. Das unidades que tinham sala para coleta de material biológico, 28 (46,0%) eram também usadas para realização de curativo e dentre as unidades que possuíam sala de procedimentos, local para a realização da medicação injetável, 62 (86,1%) eram de uso compartilhado com a sala de vacinação.

Quanto aos recursos materiais e insumos, destaca-se que das 79 (88,8%) unidades tinham a penicilina G benzatina de 1.200.000 UI, uma (1,2%) estava com a medicação fora do prazo de validade. Encontrou-se que somente em 23 (38,3%) unidades o cilindro de oxigênio

encontrava-se na sala de administração de medicamentos e em condições de uso (com válvula e manômetro com saída para fluxômetro e umidificador, carregado e dentro do prazo de validade).

Sobre os recursos humanos, percebeu-se que apesar de 100% das unidades disporem de equipes de saúde da família, 39 (32,6%) encontravam-se com todas as equipes completas (médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde). Tinham profissionais capacitados para atender casos de sífilis 19 (21,3%) unidades e cinco (5,6%) para atender casos de anafilaxia.

Em relação ao processo organizacional das unidades, das 61 (68,5%) que realizavam a coleta do sangue para o exame de VDRL, em apenas duas (2,2%) a solicitação e a coleta ocorriam no mesmo dia. Em nenhuma unidade o retorno do exame ocorria no período de até sete dias e somente 15 (16,9%) administravam a penicilina G benzatina.

É injustificável a não realização do tratamento da gestante com sífilis na atenção primária, pois o controle da SC passa necessariamente pelas ações desenvolvidas nesse nível de atenção, considerando ser a porta de entrada do sistema de saúde.

As observações das unidades permitiram evidenciar a existência de cotas de exames e que estas não são suficientes para atender a demanda, situação evidenciada também em Rio Grande (RS) (CESAR et al., 2008).

Estudo de avaliação da estrutura, processo e resultado da atenção pré-natal na rede primária de saúde de Fortaleza mostrou que, apesar dos bons resultados com relação à estrutura, os reflexos nos indicadores de processo e resultados não foram positivos (ROCHA; SILVA, 2012). Esses achados evidenciam a necessidade de se refletir sobre os processos de trabalho em saúde, uma vez que somente a qualificação das ações realizadas durante o acompanhamento pré-natal possibilitará a redução da transmissão vertical da sífilis.

Analisando-se os resultados de acordo com as CR de Fortaleza, é possível observar diferenças de condições estruturais disponíveis nas unidades de saúde, notadamente entre aquelas das CR I e V, que despontam como as de maior índice de UAPS consideradas precárias. Por fim, todas as unidades de saúde informaram realizar a notificação dos casos de sífilis em gestantes, situação incompatível com os casos notificados de sífilis congênita no município (FORTALEZA, 2009). Essa situação fortalece as evidências da falta de registro sistemático e de qualidade não só em relação às notificações, mas também das informações relativas ao pré-natal de gestantes com sífilis.

Conclusão

A avaliação geral da estrutura e do processo de atenção à gestante com VDRL reagente em Fortaleza mostrou que quase metade das unidades primárias de saúde foram classificadas como insatisfatórias.

As condições estruturais encontradas nessas unidades, se favoráveis em sua totalidade, poderiam contribuir para o alcance de um bom desempenho nos aspectos relacionados ao processo e aos resultados dos cuidados prestados à clientela.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

CESAR, J.A. et al. Diferentes estratégias de visita domiciliar e seus efeitos sobre a assistência pré-natal no extremo sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 24, n.11, 2008.

FORTALEZA. Prefeitura de Fortaleza. Boletim Epidemiológico: Aids, Sífilis em Gestantes e Transmissão Vertical da Sífilis e do HIV. **Boletim Saúde de Fortaleza**, vol. 13, n.03, 2009. Disponível em: <<http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/images/boletins/informe-aids-062010.pdf>> Acesso em: 13 de agosto de 2014.

ROCHA, R.S.; SILVA, M.G.C. Assistência pré-natal na rede básica de Fortaleza-CE: Uma avaliação da estrutura, do processo e do resultado. **Rev. Bras. Promoc. Saude**, Fortaleza, vol.25, n.03, 2012.

SAATY, T.L. **Theory and Applications of the Analytic Network Process**: Decision Making with Benefits, Opportunities, Costs, and Risks. Pittsburgh: RWS Publications; 2005.

SERRA, C.G.; RODRIGUES, P.H.A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 15, n. 03, 2010.

WHO. World Health Organization. **The Global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action**. Geneva: World Health Organization, 2007.

Agradecimentos

Agradecemos à FUNCAP/CNPq pelo financiamento da pesquisa.

PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL E A RELEVÂNCIA DA REDE DE APOIO A MULHERES COM HIV

Ingrid Moura Abreu – Universidade Federal do Piauí-UFPI / ingridmabreu@outlook.com

Nalma Alexandra Rocha de Carvalho – Universidade Federal do Piauí-UFPI

Isabela Ribeiro de Sá Guimarães Noleto – Universidade Federal do Piauí-UFPI

Clara Ananda Pimentel de Sousa Santos – Universidade Federal do Piauí-UFPI

Stefany Rodrigues Cardoso – Universidade Federal do Piauí-UFPI

Simone Santos e Silva – Universidade Federal do Piauí-UFPI

Palavras-chave: Infecções por HIV. Mulheres. Apoio social. Família, Enfermagem.

Resumo

A epidemia de AIDS vem sofrendo um processo de estabilização no Brasil ao mesmo tempo em que tem se apresentado de maneira especial em mulheres e, isso desperta a atenção para a transmissão vertical. O contexto social que a mulher com HIV está inserida influencia na adesão ao tratamento, especialmente para prevenção da transmissão vertical. Desta forma realizou-se este estudo que teve

como objetivo analisar na literatura científica as evidências relacionadas à rede de apoio na vida de mulheres portadoras de HIV. Trata-se de uma revisão integrativa que teve como questão norteadora qual a relevância da rede de apoio na vida de mulheres soropositivas e suas implicações na prevenção da transmissão vertical do HIV? Os bancos de dados selecionados para a pesquisa foi Medline via Pubmed, e LILACS. Foram encontrados 81 artigos, para a seleção filtrou-se: artigo publicado na íntegra, em idiomas português, inglês e espanhol, entre os anos: 2008 a 2013 e que estivesse adequado à temática, dessa forma foram analisados 10 artigos. A análise foi baseada em leituras reiterativas para direcionar o agrupamento de dados e temas, de onde emergiram dois focos temáticos: implicações da rede de apoio na transmissão vertical e relevância da rede de apoio secundária na tomada de decisão. Observou-se a grande relevância da rede de apoio na adesão às medidas profiláticas para evitar a transmissão vertical e a importância do profissional da saúde em conhecer essa rede, a fim de incluir em seu planejamento assistencial as demandas provenientes deste contexto.

Introdução

A epidemia de AIDS tem se apresentado em um processo de estabilização no Brasil, porém, em patamares elevados, com taxas de incidência de 18,7 casos por 100 mil habitantes em 1998 e, ainda em 2008, de 10 casos por 100 mil habitantes (VIEIRA *et al*, 2011). Neste contexto, percebe-se que a evolução da doença no Brasil está de maneira especial nas mulheres, caracterizando o que se denomina feminilização da AIDS. Um dado importante é que uma parcela desses diagnósticos em mulheres acontece no período gestacional (BRASIL, 2010a).

Dentre as formas de transmissão do HIV, há a transmissão vertical, esta ocorre através da passagem do vírus da mãe para o bebê durante a gestação, o trabalho de parto, o parto propriamente dito (contato com as secreções cervico-vaginais e sangue materno) ou a amamentação (BRASIL, 2010b). Como a idade reprodutiva é a mais atingida pela infecção, consequentemente, o número de casos de crianças infectadas pela transmissão vertical (TV) é elevado (VIEIRA *et al*, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde, estima-se que 0,4% das mulheres que estão gestantes sejam soropositivas para o HIV, o que se traduz em aproximadamente 12.635 gestantes/parturientes portadoras do HIV/crianças expostas ao ano. A maior parte dos casos de transmissão vertical do HIV (cerca de 65%) ocorre durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito e os 35% restantes ocorrem intra-útero, principalmente nas últimas semanas de gestação, havendo ainda o risco de transmissão pós-parto por meio do aleitamento materno (BRASIL, 2010a).

Entretanto a TV pode ser evitada, através da adoção de uma série de medidas profiláticas que para serem desempenhadas com sucesso envolvem os serviços de saúde e à paciente. Dentre as medidas, destacam-se a realização do pré-natal de alto risco com o uso da terapia antirretroviral a partir da 14ª semana de gestação, cuidados durante o parto, a não amamentação e o acompanhamento do recém-nascido até os 18 meses (VASCONCELOS; GALVÃO, 2004).

Contudo, observa-se que fatores como a feminilização, pobreza, baixa escolaridade, exclusão social tem relação com uma velocidade maior da disseminação da infecção pelo HIV na população e com isso trazem as consequências da interface da transmissão materno-infantil. Estes fatores estão relacionados a não adesão às medidas profiláticas da TV (CECHIM; SELLI, 2007).

Ressalta-se que o contexto social em que a mulher está inserida é mais um fator de influência na transmissão vertical do HIV, posto que a família é a base da sociedade e tem papel fundamental desde o nascimento até o fim da vida. É a família que está apta a oferecer segurança tanto emocional como psicológica ao paciente soropositivo, bem como os amigos (BOTTI, 2009).

Quando se fala em relações sociais, essas pessoas constituem uma rede de apoio, que por sua vez pode mudar todo o contexto de saúde tanto físico como psicológico de uma mulher portadora de HIV. A rede de apoio é o conjunto de pessoas, organizações ou instituições sociais que mantem vínculo por algum tipo de relação. A rede de apoio pode ser classificada em rede primária ou rede secundária. A primária pode ser caracterizada pelas relações estabelecidas entre familiares, vizinhos, amigos e colegas de trabalho. Já a rede secundária pode ser caracterizada nesse contexto pelos profissionais da saúde (LANGENDORF *et al*, 2011). Assim este estudo tem por objetivo analisar na literatura científica as evidências relacionadas à importância da rede de apoio na vida de mulheres portadoras de HIV.

Metodologia

Estudo descritivo, de revisão de literatura integrativa, este é um método de revisão mais amplo que desempenha um papel importante em estimular futuras pesquisas sobre um determinado tópico, tendo em vista que a mesma tem a capacidade de criar novas ideias e direções em um campo de estudo. Quando uma revisão de literatura redefine uma problemática, o novo modelo conceitual inevitavelmente apresenta novos focos e perspectivas que ainda não foram totalmente explorados ([TORRACO, 2005](#)).

Essa pesquisa foi realizada por meio de seis etapas inter-relacionadas: elaboração da pergunta norteadora, busca ou amostragem na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e a apresentação da revisão integrativa ([SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010](#)). A questão norteadora que estruturou o processo revisional: qual a relevância da rede de apoio na vida de mulheres soropositivas e suas implicações na prevenção da transmissão vertical?

O banco de dados selecionado para a pesquisa foi Medline via Pubmed e Lilacs. Foram utilizados os critérios delimitados pelos descritores específicos: *HIV infections and Pregnant and Social support and Family*. Os critérios de inclusão utilizados foram: adequação a temática, artigos publicados em inglês, português ou espanhol e que tivessem sido publicado nos últimos 5 anos (2008 a 2013). E como critérios de exclusão: artigos que não estavam disponíveis na íntegra, dissertações ou teses, publicações fora do período estipulado ou revisões de literatura.

Com a combinação dos descritores na *Medline* e *Lilacs* foram encontrados 83 artigos, sendo 81 artigos advindos da *Medline* e 2 advindos da *Lilacs*, para a seleção filtrou-se: artigo publicado na íntegra, em idiomas português, inglês e espanhol, entre os anos: 2008 a 2013, assim restaram 19 artigos nos bancos de dados supra citados (17 – Medline e 2 Lilacs), como pode-se ver no gráfico. Após foi feita a leitura dos resumos, avaliando assim a adequação a temática, apenas 11 estavam de acordo com o objetivo da pesquisa (10 – Medline e 1 Lilacs), os demais tratavam da transmissão vertical, porém não citavam a rede de apoio. Portanto, a revisão integrativa foi estruturada por meio de 11 artigos.

Resultados e Discussão

Na presente revisão integrativa, analisou-se dez artigos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos e, a seguir, apresentar-se-á um panorama geral dos artigos avaliados. Dentre os artigos incluídos na revisão integrativa, nove (9) são de nível de evidência quatro (4) e apenas um (1) artigo está em nível de evidência três (3). Em relação ao país originário que foram realizadas as pesquisas dos artigos incluídos na revisão, apenas dois são pesquisas nacionais.

A análise dos dados foi baseada em leituras reiterativas para direcionar o agrupamento de dados e temas. Novas leituras foram desenvolvidas, com vistas à identificação de regularidade de aspectos relevantes, complementaridade e articulação entre as informações presentes em cada tema, para a elaboração de um texto integrativo descritivo. Tal processo determinou a síntese do conhecimento em dois temas, a partir dos quais estão discutidos os resultados.

Após a leitura das referências e aparti da temática abordada na mesma foi criada a categoria: Relevância da rede de apoio secundária na tomada de decisão, apresentadaa a seguir.

RELEVÂNCIA DA REDE DE APOIO SECUNDÁRIA NA TOMADA DE DECISÃO

A rede secundária de apoio é representada pelo serviço de saúde no qual as mulheres fazem o acompanhamento pré-natal, infectológico e de puericultura do bebê. Em alguns casos, essa rede é o único apoio que a mulher tem, uma vez que por muitas vezes as pessoas que conhecem o seu diagnóstico se restringem aos profissionais de saúde do serviço (LANGENDORF *et al*, 2010).

A maternidade e os serviços de saúde podem romper as expectativas de uma boa assistência das mulheres que vivem com HIV/Aids quando os mesmos oferecem um acolhimento insatisfatório prestado pela equipe de saúde. Neste contexto, há quem chegue a descrever a maternidade como “envolvida de preconceito” após relatos de mulheres portadoras de HIV relatarem que sofreram preconceito e discriminação oriundos do enfermeiro mesmo em atividades que envolviam procedimentos de enfermagem, como acompanhamento da puerpera (GALVÃO, 2010).

Dentre outras irregularidades, identificou-se a falta de discrição, sigilo e adequação quantos aos protocolos referentes ao teste anti- HIV. Encontrou-se o caso de uma mulher que foi submetida ao teste anti- HIV sem o consentimento que estava sendo examinada e, ainda no mesmo estudo, outro relato de quebra de sigilo acerca do resultado do exame anti- HIV por um dos profissionais de saúde (GALVÃO, 2010). Tais fatos evidenciam que alguns profissionais de saúde ainda precisam ser mais cautelosos em relação ao exame anti- HIV, e fidedignos a aspectos éticos requeridos perante o diagnóstico.

A aderência da prevenção da transmissão vertical por parte das mulheres pode ser parcialmente explicada pelo desempenho insatisfatório dos profissionais que acompanham essas mulheres. A assistência de má qualidade pode estar associada à carga de trabalho excessiva. Alta carga de trabalho pode diminuir a motivação e a dedicação da equipe, e pode resultar em cuidados inadequados, além disso, os sistemas de rotação de trabalho entre departamentos muitas vezes prejudica a continuidade do tratamento. Reduzir a variação de atividades desempenhadas pelos profissionais e assegurar uma supervisão das atividades podem ser importantes para diminuir a escassez de uma equipe bem treinada, e assim, contribuir consideravelmente para melhorar as taxas de aderência ao tratamento durante a gestação e parto (KIRSTEN *et al*, 2011).

A não adesão ao tratamento pode estar associada a não qualificação dos profissionais e conseqüentemente a não preparação desses para atender as dúvidas, queixas e temores dessas mulheres (TURAN *et al*, 2012). É indispensável que os profissionais de saúde sejam capacitados para o aconselhamento, pois o incentivo e direcionamento deles são de grande relevância na tomada de decisão a respeito do tratamento com os antirretrovirais e da adesão a não prática do aleitamento materno (CUCA *et al*, 2012), (SHROUFI *et al*, 2013), (MATAYA *et al*, 2013).

Ao que parece, as mulheres que mais sofrem algum tipo de estigma relacionado ao HIV, estão menos propensas a procurar uma unidade de saúde com um profissional qualificado, mesmo após o incentivo de pessoas próximas elas ainda demonstram resistência à busca de tratamento (TURAN *et al*, 2012), (RAHANGDALE *et al*, 2010), (SCHERER; BORENSTEIN; PADILHA, 2009), (BRICKLEY *et al*, 2009).

Em um estudo realizado no Brasil, algumas mulheres afirmaram que tentaram esconder a soropositividade até mesmo em estabelecimentos de saúde pelo temor de serem discriminadas pelos profissionais de saúde ou pelo receio de terem seu diagnóstico HIV+ revelado na vizinhança do local. Inclusive encorajaram uma das mulheres a não buscar o pré-natal. As questões relativas aos problemas de acesso e falta de suporte profissional para ida aos serviços configuraram importantes barreiras pra busca aos serviços, e, particularmente, realização do pré-natal (DARMONT *et al*, 2010).

O agravamento da falta de recursos humanos nas unidades básicas de saúde contribui para dificultar mais ainda o acesso da população às unidades que realizam pré-natal. A narrativa das entrevistadas do artigo supracitado mostra que muitas avaliaram que houve uma piora dos serviços de pré-natal quando comparado a experiências de gestações anteriores. O aumento na burocracia para dar início ao pré-natal, a alta rotatividade dos profissionais, a escassez de recursos laboratoriais nas unidades de saúde, a ausência de entrosamento entre as unidades, o fechamento de postos de atendimento e a mobilização dos serviços de saúde para enfrentar epidemias como a de dengue foram apontados nas entrevistas como barreiras (DARMONT *et al*, 2010).

A falta de compreensão por parte dos profissionais de saúde da realidade social e das dificuldades que as mulheres vivenciam contribui para não adesão ao pré-natal. Situações como esta resultam da desinformação, do preconceito moral e ético. Revela-se a falta de humanização dos profissionais em serviços de referência em saúde destinados a essa população, bem como escassez de orientações

acerca do manejo adequado para pacientes soropositivas. Tais fatos geram constrangimento por parte dos usuários do serviço (GALVÃO, 2010).

Adverte-se que as gestantes soropositivas merecem cuidados específicos. Até mesmo a maneira e o local inapropriados de comunicar o resultado da sorologia anti-HIV pode influenciar em como a mulher vivenciará aquele problema de saúde e como ele repercutirá na sua vida e no âmbito familiar. Como observado anteriormente ainda é visível a falta de sensibilidade e de ética profissional nos serviços de saúde (GALVÃO, 2010). Desse modo, destaca-se que a falta de acolhimento nas unidades de saúde é um fator motivador para a desistência do tratamento para TV. O mau humor dos profissionais, a falta de diálogo com o médico e da falta de atenção por esses profissionais, são também citadas como aspectos negativos da rede secundária de apoio (DARMONT *et al*, 2010).

Outro fato observado foi o escasso conhecimento das mulheres sobre o momento ideal para conceber os cuidados necessários para o controle da infecção pelo HIV no pré-natal, parto e puerpério. Estas são questões pouco reforçadas ou não esclarecidas durante os seguimentos de saúde (DARMONT *et al*, 2010), (HATCHER *et al*, 2013).

Nesse contexto, identificou-se o aconselhamento pré e pós-teste como um fator de relevante para a conscientização das mulheres sobre os cuidados que elas precisam ter com a saúde. Destacando-se mais uma vez a importância da orientação para as mulheres acerca de situações passíveis de ocorrer com seus filhos, considerando seus papéis de grandes provedoras de cuidados aos filhos (GALVÃO, 2010).

Esta abordagem deverá incluir ações que reconheçam as raízes culturais/institucionais do problema, examinando as leis e políticas relacionadas com o HIV, normalizando o teste de HIV, melhorando a qualidade dos serviços, instituindo uma melhor formação dos profissionais de saúde em ética e estratégias de profissionalismo e de educação da comunidade, expansão dos serviços de atendimento especializados com inclusão de equipes multiprofissionais que trabalhem interdisciplinarmente para o atendimento a esta clientela (GALVÃO, 2010), (KIRSTEN *et al*, 2011).

Aponta-se que a melhor estruturação dos estabelecimentos de saúde pode mudar o cenário de acolhimento e aconselhamento, introduzindo estratégias de intervenções para reduzir o estigma associado ao HIV e incrementando as estratégias e prevenção de transmissão vertical (TURAN *et al*, 2012).

Conclusão

Ao analisar as evidências da rede de apoio das mulheres, salienta-se a relevância dessa rede na adesão às medidas profiláticas para evitar a TV e a importância do profissional da saúde em conhecer essa rede, a fim de incluir em seu planejamento assistencial as demandas provenientes deste contexto. Além disso, estes profissionais configuram a rede secundária de apoio às mulheres, os quais podem reforçar a necessidade da expansão e manutenção da rede primária de apoio, podendo proporcionar subsídios, partindo das informações e do conhecimento compartilhados. Tais subsídios são instrumentos de promoção da saúde das mulheres, para que possam tomar decisões em sua vida a fim de romper com situações de desigualdade e opressão que vivenciam no seu cotidiano com seus companheiros e familiares.

Destaca-se que em nenhum dos artigos analisados se refere a presença de equipes multiprofissionais para o atendimento a essas gestantes ou participação em organizações não governamentais como grupos de apoio. Dessa forma, percebeu-se uma deficiência na rede de apoio secundária que poderia ser diminuída com a implantação de equipes multiprofissionais para o atendimento a essa população principalmente no que concerne a práticas educativas, destacando-se a profissional enfermeira, pois tem sua formação pautada em uma atenção humanística, que considera não só as questões biológicas em sua assistência, mas também a orientação, o apoio emocional e o acompanhamento psicológico dessas pacientes e famílias.

Referência

BOTTI, M. L. Convivência e percepção do cuidado familiar ao portador de hiv/aids. **Rev. enferm. UERJ**, v.17. n.3, p:400-5, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes**. Brasília (DF), 2010a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico**. Brasília (DF), 2010b.

BRICKLEY, D. B. *et al*. Community, Family, and Partner-Related Stigma Experienced by Pregnant and Postpartum Women with HIV in Ho Chi Minh City, Vietnam. **AIDS and Behavior [Internet]**. v.13, n.6, p:1197-1204, 2009.

CECHIM, P. L.; SELLI, L. Mulheres com HIV/AIDS: fragmentos de sua face oculta. **Rev. bras. Enferm.[serial on the Internet]**. v.60, n. 2, p:145-149, 2007.

CUCA, Y. P. *et al*. Factors associated with pregnant women's anticipations and experiences of HIV-related stigma in rural Kenya. **AIDS Care [Internet]**. v.24 n. 9, p:1173-1180, 2012.

DARMONT, M. Q. R. *et al*. Adesão ao pré-natal de mulheres HIV+ que não fizeram profilaxia da transmissão vertical: um estudo sócio-comportamental e de acesso ao sistema de saúde. **Cad. Saúde Pública[serial on the Internet]**. v.26, n. 9, p:1788-1796, 2010.

GALVÃO MTG, CUNHA GH, MACHADO MMT. Dilemas e conflitos de ser mãe na vigência do HIV/Aids. **Rev. bras. enferm. [serial on the Internet]**. v.63, n. 3, p:371-376, 2010.

HATCHER, A. M. *et al*. Social context and drivers of intimate partner violence in rural Kenya: implications for the health of pregnant women. **Culture, Health & Sexuality [Internet]**. v.15, n.4, p:404-419, 2013.

KIRSTEN, I. *et al*. Adherence to Combination Prophylaxis for Prevention of Mother-to-Child-Transmission of HIV in Tanzania. **PLoS ONE [Internet]**. v.6, n.6, p:e21020, 2011.

LANGENDORF, T. F. *et al*. Rede de Apoio de Mulheres que têm HIV: Implicações na Profilaxia da Transmissão Vertical. **J Bras Doenças Sex Transm.[Internet]**. v.23, n.1, p:16-22, 2011.

MATAYA R, *et al*. A qualitative study exploring attitudes and perceptions of HIV positive women who stopped breastfeeding at six months to prevent transmission of HIV to their children. **Malawi Medical Journal**. v.25, n. 1, p:15, 2013.

RAHANGDALE, L. *et al*. Stigma as experienced by women accessing prevention of parent-to-child transmission of HIV services in Karnataka, India. **AIDS Care [Internet]**. v.22, n.7, p:836-842, 2010.

SCHERER LM, BORENSTEIN MS, PADILHA, MI. Gestantes/puérperas com HIV/AIDS: conhecendo os déficits e os fatores que contribuem no engajamento para o autocuidado. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. v.13, n.2, p:359-65, 2009.

SHROUFI A, *et al*. Mother to Mother (M2M) Peer Support for Women in Prevention of Mother to Child Transmission (PMTCT) Programmes: A Qualitative Study. **PLoS ONE [Internet]**. v.8, n.6, p:e64717, 2013.

[SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO. R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**. v.8, n.1, p:102-6, 2010.](#)

[TORRACO, R. Writing Integrative Literature Reviews: Guidelines and Examples. Human Resource. **Development Review \[Internet\]**. v.4, n.3, p:356-367, 2005.](#)

TURAN, J, M. *et al.* The Role of HIV-Related Stigma in Utilization of Skilled Childbirth Services in Rural Kenya: A Prospective Mixed-Methods Study. **PLoS Med [Internet]**. v.9, n. 8, 2012.

VASCONCELOS, S. B.; GALVÃO, M. T. G. Opções contraceptivas entre mulheres vivendo com HIV/AIDS. **Texto contexto - enferm.** v.13, n. 3, 2004.

VIEIRA, A. C. B. C. *et al.* Prevalência de HIV em gestantes e transmissão vertical segundo perfil socioeconômico, Vitória, ES. **Rev. Saúde Pública[serial on the Internet]**. v.45, n.4, p:644-651, 2011.

Agradecimento

Os agradecimentos vão para a orientadora pelo apoio e ensinamentos que foram disponibilizados por ela no decorrer da elaboração desse trabalho.

PREVENÇÃO DAS DST/HIV/AIDS NA POPULAÇÃO IDOSA: A CONSTRUÇÃO DA CARTILHA “CUIDAR DE SI É SE AMAR”.

Thais de Oliveira Lopes – Universidade de Fortaleza –Thaisdoliveiralopes@hotmail.com

Karla Virginia Rodrigues Alves – Universidade de Fortaleza

Luciane Elise de Abreu Lira – Universidade de Fortaleza

Luana Ibiapina Cordeiro– Universidade de Fortaleza

Sadrine Maria EufRASino de Pinho – Universidade de Fortaleza

Aline Rodrigues Feitoza – Universidade de Fortaleza

Palavras-chave: Idoso. Material educativo.Atenção Primária. DST/AIDS.

Resumo

O objetivo deste estudo foi construir uma cartilha educativa voltada para a população idosa a partir da auto-percepção de risco dos próprios idosos com relação ao HIV/AIDS. Esta pesquisa foi do tipo metodológica, realizada no município de Fortaleza e para a construção da cartilha obedeceu 02 fases: diagnóstico situacional e montagem da cartilha. Para uma melhor compreensão do conteúdo da cartilha optamos por um diálogo entre dois amigos, onde o primeiro tem ideias errôneas e preconceituosas e o segundo é um idoso que vive com HIV e a sequência do diálogo foi dividida em três categorias (mitos e tabus, desconhecimento, e prevenção e importância do diagnóstico. A cartilha “Cuidar de si é se amar: um diálogo sobre HIV/AIDS entre idosos” esclarece suas dúvidas, fornecendo conhecimentos sobre as DST/AID, suas formas de transmissão, prevenção e desmitificando mitos, sem que ele precise verbalizar, expondo a sua intimidade sem

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde ²⁰⁰

interferência de outrem, minimizando angústias e medos. Os profissionais de saúde, principalmente, os enfermeiros, tem papel preponderante na educação dessas populações, lançando mão de estratégias dessa natureza.

Introdução

O mundo está envelhecendo, estima-se que a população idosa no Brasil em 2025, será de aproximadamente 15 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, ocupando assim o 6º lugar do mundo na população de crescimento da terceira idade. Com o envelhecimento populacional, o número de mortes pelas doenças crônicas degenerativas aumentará, necessitando de alternativas não só para prevenir, mas de retardar essas doenças e suas consequências, melhorando a expectativa de vida ativa desses idosos, proporcionando saúde e bem-estar, ou seja, através de ações que visem à promoção da saúde dessa população (FEITOZA, 2008).

Com a expectativa média de vida aumentando, as melhorias da qualidade de vida da população, do avanço da medicina, fazem com que aumente também a sexualidade na população idosa. Assim, contribuindo para a liberdade sexual dessa população e sendo no mínimo ingênuo conferir assexualidade às pessoas acima de 50 anos de idade, portanto essa parcela da população encontra-se no cenário de risco, visto que tiveram uma juventude não educada ao uso de preservativo em geral (SILVA; PAIVA e SANTIAGO, 2005).

Este aumento de idosos com Aids deve-se a vários fatores como exemplo pela vulnerabilidade física e psicológica, e pouco acesso a serviços de qualidade, ficando mais vulnerável em razão de demandas terapêuticas, o que demarca outros tipo de exposição ao HIV, além do sexual, ou seja, transfusão sanguínea e uso de drogas ilícitas- questões que devem ser ressaltadas em qualquer outra idade, além do aumento do número das relações sexuais nessa faixa etária por meio de novas terapias medicamentosas e o aumento da sobrevida dos doentes de AIDS.

Alguns pontos devem ser observados na elaboração de matérias educativos para prevenção das DST/HIV/AIDS, para grupos específicos, como os idosos. Na população idosa as questões culturais que permeiam a sexualidade devem ser trabalhadas com cautela, soma-se as este fator as características sócio-demográficas, principalmente no nordeste do Brasil que revelam altas taxas de analfabetismo (MOREIRA, NOBRE, SILVA; 2003 apud INEP; 1999). Moreira, Nobre e Silva (2003), ressaltam ainda que pessoas com pouca escolaridade ou dificuldade de leitura podem utilizar matérias escritos, desde que, se utilizem técnicas que favoreçam a compreensão, tais como linguagem simples e/ ou uso de recursos pictográficos.

A lacuna existente de materiais educativos para abordagem das DST/ HIV/ AIDS justifica esse estudo que tem como proposta desenvolver cartilha educativa que aborde essa temática acredita-se que a mesma será uma ferramenta de relevante não só para o meio acadêmico, mas como para a gestão dos serviços de saúde.

Metodologia

Optou-se por uma pesquisa do tipo metodológica, esse tipo de pesquisa consiste no desenvolvimento, avaliação e aperfeiçoamento de instrumentos e estratégias metodológicas, através da investigação dos métodos de obtenção, organização e análise dos dados, possibilitando à construção de um instrumento que seja confiável, preciso e utilizável (POLI, BECK E HUNGLER, 2011) A pesquisa foi realizada no município de Fortaleza-Ce e para a construção da cartilha obedeceu 02 fases: diagnóstico situacional e montagem da cartilha. O diagnóstico situacional analisou 06 pesquisas de campo realizadas entre o período de 2008 a 2013, onde as mesmas apontaram as lacunas no conhecimento de idosos com relação ao HIV/Aids e a montagem da cartilha, após a análise dos resultados das pesquisas, foram selecionadas as principais lacunas e mitos que precisavam ser desmistificados em relação ao HIV/Aids nas pessoas idosas. A confecção da cartilha seguiu as orientações de Moreira; Nóbrega; Silva (2003) quanto à linguagem, ilustração e Layout

Resultados e Discussão

Para uma melhor compreensão do conteúdo da cartilha optamos por um diálogo entre dois amigos, onde o primeiro tem ideias errôneas e preconceituosas e o segundo é um idoso que vive com o HIV, a sequência do diálogo desenvolveu-se a partir de 03 categorias principais: mitos e tabus, desconhecimento e prevenção e importância do diagnóstico

A escolha do título da cartilha, “Cuidar de si é se amar: Um diálogo sobre HIV entre idosos”, foi escolhido a fim de se tornar objetivo para que sejam realizadas uma boa leitura e compreensão do idoso no que se diz respeito ao cuidar de si como um todo é uma forma de se amar. Apresentando letras maiúsculas e destacadas na primeira frase como uma forma de atrair à atenção do idoso e para não se

tornar muito impactante em relação ao foco principal do estudo, que é a prevenção do HIV/AIDS na população idosa por meio deste material educativo.

A categoria mitos e tabus surgiu a partir de fatos reais, onde ainda percebe-se muitos idosos com pouco conhecimento sobre Aids, isso pode ocorrer devido à falta de interesse sobre assuntos da realidade, como também por motivos que não quererem falar sobre isso, até mesmo por tabus, já que se trata de uma doença predominante transmissível por via sexual, fato ilustrado na cartilha contendo cinco figuras.

Em relação ao desconhecimento, são inúmeras as lacunas percebidas a essa realidade pelo idoso ao saber sobre o HIV/Aids, assim optamos por ilustrar os que acreditamos serem os mais importantes para a população idosa, pois tem associação direta com o aumento da vulnerabilidade dos mesmos, no total de cinco figuras representando essa categoria.

A última categoria, prevenção e importância do diagnóstico precoce, foi ilustrada com seis figuras na cartilha, enfocando pontos principais da nossa cartilha que é a prevenção do HIV e importância de conhecer o status sorológico, além da prevenção por meio do uso de preservativos masculino e femininos, quisemos abordar o cuidado com o(a) parceiro (a) e a exposição que a mulher está submetida à contaminação do HIV. Mas também, foi evidenciado por meio de ilustrações que o conhecimento precoce da infecção pelo HIV e a busca de um adequado controle, podem contribuir para fortalecer o sistema de prevenção da AIDS.

Conclusão

Durante a construção desta cartilha educativa pude ver a importância de um material educativo na obtenção e produção de conhecimentos em relação a AIDS/HIV e o quanto ela poderá beneficiar muitos idosos que não possuem informações necessárias para se prevenir, buscar exames, evitar a contaminação de outras pessoas, enfim, conscientizar essa população que também é vulnerável a contrair AIDS caso não utilize preservativo durante a relação sexual, por exemplo; entretanto caso se contamine, eles deverão ser acompanhados com

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde ²⁰¹

o tratamento devido e poderão continuar tendo sua convivência social, portanto não devendo se sentir excluído da sociedade por ter contraído HIV.

Conclui-se que trabalhos educativos realizados na forma de cartilha têm importância fundamental na educação de populações resistentes a assuntos referentes a sua intimidade sexual, no caso de população idosa, pois muitas vezes podem trazer constrangimentos, intimidação e vergonha.

A cartilha, nesse sentido, é mais efetiva preservando a privacidade do idoso, esclarecendo suas dúvidas, fornecendo conhecimentos sobre as DST/AIDS, suas formas de transmissão, prevenção e desmitificando os mitos, sem que ele precise verbalizar, expondo a sua intimidade sem interferência de outrem, minimizando angústias e medos. Ressalta-se que isso é evidenciado principalmente em populações idosas escolarizadas.

Os profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, tem papel preponderante na educação dessas populações, lançando mão de estratégias dessa natureza.

Referência

BRASIL, Ministério da Saúde- CN/DST/AIDS e Hepatites Virais. Disponível em www.aids.gov.br. Acesso em 26 de julho de 2012.

JUNQUEIRA, M. de F.R.; SIQUEIRA T.C.B; BARBOSA,H.C.F.R; RIBEIRO, K.R.; Aspecto sócio demográfico e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis em idosos. Rev. Fragmentos de Cultura, Goiânia, v.22, n.1, p.97-107, jan/mar. 2012.

FEITOZA, A.R. **A cultura do idoso e sua influência perante o risco do HIV/AIDS**. Fortaleza, UFC, 2008. Tese (Doutorado de Enfermagem). Universidade Federal do Ceará, 2008

CUNHA, R. R, et al. Promoção da saúde no contexto paroara: possibilidade de cuidado de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v18 n1, p. 170-176, 2009.

OLIVEIRA, Talita Cristina da Silva. **A AIDS em Pessoas Idosas**. Disponível em: <<http://www.artigonal.com/saude-artigos/a-aids-em-pessoas-idosas-4663960.html>>. Acesso em: 2 nov. 2013.

SILVA, Carla Marins; LOPES, Fernanda Maria do Valle Martins; VARGENSC, Octavio Muniz da Costa. A VULNERABILIDADE DA MULHER IDOSA EM RELAÇÃO À AIDS. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 3, n. 31, p.7-450, set. 2010.

Agradecimentos

A FUNCAP, pelo financiamento desse projeto através do edital PPSUS 03/2012 e bolsa de Iniciação Científica (PIBIC-FUNCAP)
Ao CNPQ pela concessão de bolsa de iniciação científica (PIBIC-CNPQ)

PREVENÇÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR EM UTI: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM AOS FAMILIARES

Autor 1 – Maria Rosiane de Moura Santos – E-mail: mariarosianemoura@hotmail.com

Autor 2 – Jeorgianna Karusa Lira Costa – Centro Universitário UNINOVAFAPI

Autor 3 – M^a Virna Gonçalves de Aguiar – Universidade Federal do Piauí – UFPI

Autor 4 – Átila Chagas de Araújo – Universidade Federal do Piauí – UFPI

Autor 5 – Leiliana Solon Saraiva Cipriano – Universidade Federal do Piauí – UFPI

Autor 6 – Prof.^a. Especialista Márcia Milanês de Almeida - Centro Universitário UNINOVAFAPI

Palavras-chave: UTI. Infecção. Enfermeiro. Familiares

Resumo

As infecções hospitalares (IH) continuam a ser um problema de Saúde Pública, apesar da sensibilização do governo para criar estratégias e leis que favorecessem a diminuição de seus altos índices, deve-se tanto a resistência bacteriana, quanto aos profissionais não realizarem, de forma devida, as medidas profiláticas de IH. Para melhor visualização e organização deste trabalho, o referencial teórico foi dividido em quatro capítulos englobando os principais assuntos desse estudo. 1- faz uma abordagem sobre infecção hospitalar: histórico, conceito e tipos de IH, 2- retrata a UTI, já o terceiro discorre sobre medidas de biossegurança, 3- retoma a importância da Equipe de Enfermagem para o tema exposto. O cenário da pesquisa foi a UTI de um hospital privado de Teresina- PI. O referido hospital conta com uma UTI constituída de 12 leitos assistidos por uma equipe multiprofissional, que engloba médico, enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista e fonoaudiólogo (quando necessário). A equipe de Enfermagem, em particular, dispõe de 5 Enfermeiros e 32

profissionais de nível médio; esses últimos são distribuídos em quatro grupos, de 08 funcionários por turno de trabalho. Os participantes da pesquisa foram os familiares de pacientes internados na UTI de um hospital privado de Teresina- PI, em um número de 09 pessoas escolhidas aleatoriamente, seguindo o critério de saturação dos discursos. O estudo revelou que a equipe de Enfermagem precisa repensar suas estratégias de orientação em educação em saúde para prevenção e controle de IH, pois a equipe encontra-se distante dos familiares, dificultando a compreensão dos participantes nesse processo.

Introdução

As infecções hospitalares (IH) continuam a ser um problema de Saúde Pública, apesar da sensibilização do governo para criar estratégias e leis que favorecessem a diminuição de seus altos índices. Isso se deve tanto a resistência bacteriana, quanto aos profissionais não realizarem, de forma devida, as medidas profiláticas de IH.

Segundo a Portaria nº 2616 do Ministério da Saúde (MS) de 12 de maio de 1998, infecção hospitalar é “aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares. ” Considerando esse tipo de infecção constituir um grave risco à saúde dos usuários dos hospitais, e sua prevenção e controle envolverem medidas de qualificação da assistência hospitalar, foi desenvolvido um Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH).

Nesse contexto, o enfermeiro ganha destaque ao sensibilizar sua equipe para a contribuição dos profissionais de saúde no aumento dos índices de IH, bem como nas atividades de Educação em Saúde para visitantes da UTI como forma de prevenção e controle desse tipo de infecção. Porém, deve-se ressaltar que não é necessário perder o vínculo com o familiar internado, apenas ter cautela na manipulação do mesmo, concretizando, também, a humanização na assistência.

A presente pesquisa teve como objetivo identificar quais as orientações sobre técnicas de prevenção e controle de IH são fornecidas pela equipe de Enfermagem aos familiares de pacientes internados na UTI de um hospital privado de Teresina- PI, analisar essas orientações, e verificar a aplicação, pelos familiares, dessas medidas de educação em saúde na prevenção e controle de IH.

Metodologia

Para investigar o objeto de estudo desse trabalho, que se definiu como as orientações sobre medidas de prevenção e controle de IH fornecidas aos familiares de pacientes internados na UTI de um hospital privado de Teresina-PI, foi desenvolvido um estudo de campo, que para Santos (2002), é aquele que recolhe os dados *in natura*.

A pesquisa realizada foi de natureza qualitativa, de caráter exploratório descritivo, pois pesquisa qualitativa responde a questões particulares, considerando como sujeitos do estudo, pessoas pertencentes à determinada condição social, com suas crenças, valores e significados (Minayo, 2000).

O cenário da pesquisa foi a UTI de um hospital privado de Teresina- PI. A escolha deste ambiente justificou-se por ele ser um potencializador das IH, tema abordado neste estudo, bem como pelo fato de estimular a pesquisa de campo, enriquecendo o mesmo. O referido hospital conta com uma UTI constituída de 12 leitos assistidos por uma equipe multiprofissional, que engloba médico, enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista e fonoaudiólogo (quando necessário). A equipe de Enfermagem, em particular, dispõe de 5 Enfermeiros e 32 profissionais de nível médio; esses últimos são distribuídos em quatro grupos, de 08 funcionários por turno de trabalho. Os participantes da pesquisa foram os familiares de pacientes internados na UTI de um hospital privado de Teresina- PI, em um número de 09 pessoas escolhidas aleatoriamente, seguindo o critério de saturação dos discursos. O procedimento de coleta de dados foi realizado no mês de setembro de 2009 através de um roteiro de entrevista semiestruturado e a observação participante da pesquisadora. As entrevistas foram gravadas em um aparelho de áudio, para garantir fidedignidade dos dados, no horário de visitas protocolado pela instituição (das 16 hs às 17hs). O processo de análise dos dados ocorreu no período de outubro e novembro de 2009. As entrevistas foram corrigidas gramaticalmente, mas mantiveram o sentido original dos depoimentos. Dessa forma, as falas foram agrupadas em categorias e organizadas a partir de ideias convergentes. Os sujeitos foram identificados com o nome de flor, e o critério de inclusão para os mesmos, foi o grau de parentesco com o paciente internado na UTI, além da aceitação como voluntários no estudo, ao assinar em o termo de consentimento de participação da pessoa como sujeito. Já o critério de exclusão consistiu naqueles que não se encaixaram na categoria do sujeito.

Os mesmos, após o conhecimento do objeto da pesquisa e de sua finalidade, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo seu anonimato, assim como sua desistência, a qualquer momento, sem nenhum prejuízo para o mesmo, respeitando a ética

requerida em pesquisa que envolva seres humanos. A pesquisa seguiu as normas da Resolução 196/96, e de acordo com ela, solicitou aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) de um hospital privado de Teresina-PI, e após autorização do estudo, solicitou aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Integral Diferencial – FACID.

Resultados e Discussão

Da pesquisa realizada, participaram 9 familiares de pacientes internados na UTI de um hospital privado de Teresina – PI, dos quais 6 eram do sexo feminino e 3 do sexo masculino. Desse universo, a faixa etária variou de 24 anos a 56 anos, e o nível de escolaridade do 2º grau completo ao ensino superior completo. Já o grau de parentesco envolveu em sua maioria, 1º grau (7 dos entrevistados).

Diante da análise dos dados emergiram 03 categorias a partir dos objetivos propostos:

4.1 Familiares e seus conhecimentos sobre IH

Conforme abordado no estudo, a importância das orientações para prevenção e controle de IH compartilhadas aos familiares de pacientes internados na UTI, e a contribuição desses para o controle desses riscos, tem grande relevância no contexto da saúde, uma vez que educação envolve mudança de atitude, o que pode resultar em diminuição no período de internação hospitalar, e consequente retomada do convívio social mais brevemente possível. As IH constituem risco significativo à saúde dos usuários dos hospitais, e sua prevenção e controle envolvem medidas de qualificação da assistência hospitalar e de vigilância sanitária, além da sensibilização dos familiares para essa ideia (BRASIL, 1998). Baseado nessa vertente, e no problema de saúde pública que as IH geram, foi questionado o conhecimento de IH para os familiares dos pacientes internados na UTI, para se observar a percepção dos mesmos acerca desse problema, emergindo desta forma, as seguintes falas:

“É a penetração de micro-organismos, de bactérias, vírus já existentes no hospital, no paciente. ” (Rosa)

“É alguma infecção que a pessoa tem quando está dentro do ambiente hospitalar. ” (Gardênia)

“É uma infecção transmitida nesse meio, na UTI. ” (Margarida)

Analisando esses discursos observou-se que a maioria dos participantes tinha um conceito próximo sobre IH daquele estabelecido pelo Ministério da Saúde. Esses, por já terem um conhecimento sobre o tema, são, teoricamente, mais sensíveis para a adoção das medidas profiláticas de IH, contribuindo com a instituição para a minimização desses índices. Compreendendo o conceito de IH conforme a portaria nº 2616 do MS de 12 de maio de 1998, IH é “aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares”.

Os demais participantes entendem que IH é aquela que uma pessoa adquire na rua e transmite para uma pessoa enferma, contrariando o conceito desse tipo de infecção. Isso pôde ser observado através dos seguintes relatos:

“É quando chega uma pessoa que não mantém a higiene [...] leva a sujeira, as bactérias de fora para dentro do hospital e isso causa a infecção. ” (Tulipa)

“Eu acho que é quando a pessoa pegou alguma micose da rua, entra no hospital sem lavar as mãos. ” (Lírio)

Compreendendo essas falas, observou-se que a opinião dos entrevistados diverge em relação ao conceito de IH. Lírio, por exemplo, retrata em seu conhecimento uma discreta noção de infecção comunitária associada a uma medida de prevenção e controle de infecção. Esse fato vem a corroborar a necessidade do esclarecimento sobre a contribuição dos visitantes na profilaxia de IH, a distinção entre os dois tipos de infecção, despertando a consciência crítica dos mesmos. Infecções comunitárias são aquelas constatadas ou em incubação na admissão do paciente, desde que não relacionada com a internação no mesmo hospital, assim como aquelas infecções que estão associadas com complicações ou extensões da infecção já presente na admissão (BRASIL, 1998).

Dos entrevistados, apenas 3 familiares estavam naquele recinto pela primeira vez; os demais, já faziam visitas há alguns dias. O controle na entrada da UTI era realizado por um técnico em Enfermagem, que permanecia na porta deste recinto durante o horário de visitas da instituição, no qual tinha duração de 1 hora. Esse controle era realizado através da anotação da entrada de um visitante por vez em cada leito da unidade, e as orientações eram fornecidas na portaria sem acompanhamento na realização das medidas instruídas, bem como, sem maiores especificações. Pelo resultado obtido com a entrevista e através da observação participativa, observou-se que não havia esclarecimentos sobre essa possível complicação aos respectivos responsáveis.

O Enfermeiro ganhou título de executor do PCIH, e, por assim ser, deve manter sua equipe inteirada das ações de prevenção e controle de IH, bem como fazer uso de da mesma para atingir os objetivos propostos nessa profilaxia. A CCIH é o órgão responsável pelo programa de controle de IH, adequando às características e necessidades da instituição (BRASIL, 1998). Porém observa-se, com frequência, uma distorção na concepção dos profissionais de saúde; esses acreditam que as CCIH têm a exclusiva responsabilidade pelo controle das IH, deixando uma lacuna na contribuição pessoal que os mesmos têm nesse contexto, o que restringe e dificulta o trabalho das comissões. Por outro lado, esta visão confere aos integrantes da comissão uma condição de superioridade, fiscalizando, apenas, as medidas instituídas para o controle de IH, fragmentando a construção de umas novas práxis nessas ações, que necessariamente deviam ser coletivas (PEREIRA, et al., 2005).

4.2 Orientações de Educação em Saúde para prevenção de IH

As orientações de educação em saúde para prevenção de IH são imprescindíveis, pois colaboram na minimização e controle desse tipo de patologia. Desde Florence Nightingale, as medidas de higiene mínima foram decisivas para esse controle, sendo a principal delas a lavagem das mãos, um procedimento simples e eficaz na prevenção e controle desta morbidade. Baseado na idéia acima, e na restrição que se deve ter no acesso a UTI, questionou-se aos familiares dos pacientes internados, sobre as orientações realizadas pela equipe de Enfermagem acerca das medidas de prevenção e controle de IH antes dos mesmos adentrarem essa unidade de saúde. Os relatos suscitados foram:

“Hoje não, na minha vivência já. ” (Rosa)

“Pediram pra eu lavar as mãos, passar sabão. ” (Tulipa)

“Lavar bem as mãos, enxugar e adentrar. ” (Gardênia)

“Pediram para eu lavar as mãos, mas hoje não. Como eu estou aqui há 21 dias hoje ela não pediu não. ” (Angélica)

Interpretando as falas, percebeu-se que as informações dispensadas aos familiares antes da entrada dos familiares na UTI foram superficiais, direcionando apenas para uma medida profilática. Além disso, o profissional responsável pelo controle da entrada, durante o período da pesquisa, não padronizou as orientações preconizadas. Isso pôde ser percebido através das falas dos participantes, pois três pessoas das cinco falas aqui descritas (Rosa, Tulipa e Gardênia) visitavam aquela UTI pela primeira vez.

Compreende-se dessa forma, que há discreta sensibilização do profissional responsável pelo controle na entrada da UTI (que atuou durante o período da pesquisa), para as medidas de prevenção de IH. Nesse contexto, destaca-se a participação dos visitantes, já que esses mantêm vínculo diário com os pacientes dessa unidade, necessitando, portanto, de orientações de educação em saúde a fim de concretizar esse controle. De acordo com a ANVISA, esses devem ter acesso reduzido e restrito, sendo, obrigatoriamente, instruídos verbalmente e por escrito, com recomendações expressas quanto à restrição de sua locomoção e do paciente, higienização das mãos e limpeza de todos os objetos e pertences pessoais, caso o paciente seja detectado com IH, além do uso da mesma paramentação indicada para os profissionais de saúde. A adoção das instruções deve ser supervisionada pela equipe de saúde (BRASIL, 2007 b).

4.3 Prevenção de IH: adoção das medidas de educação em saúde pelos familiares.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde ²⁰⁴

A verificação da adoção das medidas de educação em saúde por parte dos familiares de pacientes internados na UTI é de primordial importância, pois é um dado que mede a compreensão das orientações fornecidas pela equipe de Enfermagem, bem como norteia a tomada de decisão sobre a necessidade da implantação de novas estratégias para atingir esse objetivo. Para isso, foi questionado aos participantes se ações preventivas fornecidas eram adotadas, surgindo as seguintes verbalizações:

“Sim, quando eu entrei e quando saí. ” (Margarida)

“Fiz sim. ” (Lírio)

Nos pronunciamentos evidenciou-se que a equipe de Enfermagem orientou os familiares a adotar a medida instituída, que foi a lavagem das mãos, porém não informou o porquê da realização desta ação preventiva. Esta idéia foi evidenciada a partir da observação participante da pesquisadora.

Moura et al. (2008) em seu estudo sobre representações sociais das IH evidencia um conflito entre as propostas do Programa de Prevenção e Controle das IH do Ministério da Saúde e o conhecimento que é socialmente compartilhado entre os profissionais e estudantes da área da saúde sobre a infecção hospitalar, por esse programa focalizar, predominantemente, os aspectos epidemiológicos, biológicos, econômicos, e quase nunca o ponto de vista social e psicológico.

A observação da pesquisadora confirmou as falas dos entrevistados, porém percebeu que não há uma colaboração entre a equipe e os familiares, o que dificulta o processo de ensino-aprendizagem no tocante a prevenção e controle de IH. Os profissionais de saúde devem ser facilitadores da informação, e a equipe de Enfermagem, deve agir como colaboradora dos órgãos normativos, na prevenção de IH.

Interpretando os relatos, e utilizando a observação participante, percebeu-se que há necessidade de um maior acompanhamento, por parte dos profissionais de saúde, com relação às medidas de prevenção e controle de IH, para efetivar a eficácia das ações instruídas. Além disso, se faz necessário uma maior sensibilização da equipe, pois pelo observado, não há uma reciprocidade com o familiar por parte da equipe de Enfermagem, minimizando, portanto, a efetividade do processo de educação necessária na saúde para despertar a consciência crítica desses participantes.

Conclusão

O estudo revelou que a equipe de Enfermagem precisa repensar suas estratégias de orientação em educação em saúde para prevenção e controle de IH, pois a equipe encontra-se distante dos familiares, dificultando a compreensão dos participantes nesse processo. Compreendendo essa idéia, percebeu-se a necessidade da adequação do ambiente estudado para a realização dessas orientações de educação em saúde, proporcionando mais tranquilidade para a equipe de Enfermagem sensibilizar os participantes, bem como para que a mesma fique mais atenta na verificação das medidas instruídas para essa profilaxia.

Assim, espera-se que este estudo tenha trazido subsídios para estimular o comportamento preventivo e minimizar os riscos de IH na instituição estudada, como também sensibilizado os profissionais de saúde, em especial, a Equipe de Enfermagem, para sua real colaboração nessa problemática, principalmente como agente educador em saúde.

Referência

BRASIL, Ministério da Saúde. ANVISA. Curso Básico de Controle de Infecção Hospitalar. **Caderno A: Epidemiologia para o Controle de Infecção Hospitalar**. Brasília, 2000. Disponível em <<http://www.ccih.med.br/Caderno%20A.pdf>> Acesso em: 14 nov.2008.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.616 de 12 de maio de 1998**. Brasília, 1998. Disponível em: <<http://www.ccih.med.br/portaria2616.html>> Acesso em: 23 ago 2008.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Brasília, 1996. Disponível em: <http://www.pucminas.br/documentos/pesquisa_cns.pdf?PHPSESSID=8878f67e3873e05d3c53bf8bdf4dc56d> Acesso em: 20 sets 2008.

_____. Ministério da Saúde. ANVISA. **Segurança do paciente: higienização das mãos**. Brasília, 2007 b. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/paciente_hig_maos.pdf> Acesso em: 12 sets 2008.

_____. Ministério da Saúde. ANVISA. **Higienização das mãos em serviços de saúde**. Brasília, 2007 c. Disponível em: http://www.google.com.br/url?sa=t&source=web&ct=res&cd=2&ved=0CBEOFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.anvisa.gov.br%2Fhotsite%2Fhigienizacao_maos%2Fmanual_integra.pdf&rct=j&q=artigo+de+t%C3%A9cnica+de+lavagem+das+m%C3%A3os&ei=7nYCS4zDOZDnAfBgKVj&usq=AFQjCNHtexLvV-ISS9-xfpqrfr9IIq> Acesso em: 10 out 2009.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

MINAYO, M.C.S, et al. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 15 eds. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

MOURA, M. E.B. et al. Representações sociais das infecções hospitalares elaboradas pelos profissionais de saúde. **Rev. bras. Enfermagem**, vol.61, p. 418-422, jul/ago 2008.

PEREIRA, M. S, et al. **Controle de Infecção Hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva: desafios e perspectivas**. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.2, out-dez. 2000. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>> Acesso em: 10 out. 2009.

SANTOS, A.R. **Metodologia Científica: a construção do conhecimento**. 5.ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

PREVENÇÃO DE QUEDAS EM PESSOAS IDOSAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE CONSTRUÇÃO DE JOGO EDUCATIVO PARTICIPATIVO

Laís Leitão Santana – Faculdade de Saúde Pública/USP - PROPET Saúde USP Capital email: Lais.sam@gmail.com

Danilo Pereira dos Santos – Escola de Educação Física e Esporte/USP – PROPET USP capital

Mariana dos Santos- Instituto de Psicologia/USP – PROPET Saúde USP Capital

Fernanda Costa de Oliveira - Fundação Faculdade de medicina/USP – PROPET Saúde USP Capital

Leide Gome de Oliveira - Fundação Faculdade de medicina/USP – PROPET Saúde USP Capital

Kátia Mitie Takatu – Faculdade de Saúde Pública/USP – PROPET Saúde USP Capital

Helena Akemi Wada Watanabe – Faculdade de Saúde Pública/USP – PROPET Saúde USP Capital

Palavras-chave: quedas, idoso, jogo educativo, promoção da saúde

Resumo

Introdução: Queda é importante causa de morbidade entre pessoas idosas e podem ser evitadas. A avaliação de risco para quedas é instrumento importante para intervenção, tanto nos aspectos individuais quanto comunitários. **Objetivos:** Conhecer o índice de risco para quedas, sua prevalência, bem como a análise do ambiente com vistas à sua prevenção na ESF. **Método:** entrevista a idosos residentes em uma área da ESF, utilizando questionário estruturado e observação dos domicílios dos idosos e seu entorno. O risco de quedas foi avaliado através do Fall Risk Score proposto por Downton. Os dados sobre os idosos compuseram banco de dados que foi analisado com o uso do software EPIINFO. Realizou-se também observação do entorno e do interior dos domicílios dos idosos. Resultados: A prevalência de quedas foi de 39%. Dentre os que caíram, 81,8% eram mulheres, 55,6% eram maiores de 70 anos de idade, 45,5% tinham alteração no sono e 25,5% na deambulação. As principais consequências das quedas foram: dor, medo de cair e fratura. O instrumento utilizado apontou risco para quedas somente em idosos que já tinham o histórico de quedas. Os riscos ambientais observados estão relacionados

às condições das habitações, à topografia do território, às condições das ruas e calçadas. **Conclusões:** quedas foram mais prevalentes em mulheres, o instrumento de rastreio para risco de quedas apenas foi sensível para os idosos que já caíram. A análise do ambiente físico aponta a necessidade de políticas públicas intersetoriais como de limpeza urbana, obras e habitação para a sua prevenção

Introdução

INTRODUÇÃO: Nas últimas décadas, tem-se observado um acelerado envelhecimento da população brasileira. Vários estudos demonstram as modificações na demografia do Brasil ¹. A esperança de vida ao nascer, que era de 33,7 anos na década de 40, passou para 64 anos no final da década de 90 e será de cerca de 75,3 anos no ano 2025 ². O processo de envelhecimento e sua consequência natural, a velhice, implicam em uma série de modificações nos aspectos físicos, psíquicos e sociais do ser humano, levando, muitas vezes a problemas de saúde

A queda é um sério problema de saúde pública entre idosos por ser a mais prevalente causa de dano nessa população. A morbidade relacionada às quedas é elevada nessa população, que sofre mais danos em consequência a uma queda, demanda maior tempo para sua recuperação e que pode vir a necessitar de mudança de moradia após o evento. Em estudo realizado por Gawryszewski (2010)³, no Estado de São Paulo, verificou-se que em 2008 foram registradas 20.726 internações decorrentes de quedas, representando 60,7% das internações por causas externas em idosos. Ainda neste estudo, verificou-se que a mortalidade por queda nesse grupo etário correspondeu a 31,8% das causas de óbito por causas externas e 31/100.000 pessoas maiores de 60 anos.

TINETTI e col⁴. identificaram vários fatores intrínsecos para quedas de idosos que vivem na comunidade sendo os mais importantes o uso de sedativos, dano cognitivo, alterações na força muscular, na sensibilidade e na atividade proprioceptora dos membros inferiores; marcha e equilíbrio prejudicados e problemas nos pés (deformidades, úlceras). Outros fatores intrínsecos são problemas de saúde e polifarmácia.

Paralelamente, fatores ambientais, citados como fatores extrínsecos, têm importante papel na ocorrência de quedas: iluminação inadequada, piso escorregadio ou molhado, terrenos e degraus irregulares, escadas sem corrimão, uso de roupas ou calçados inadequados, tapetes soltos, ausência de apoios no banheiro, disposição da mobília nos diferentes cômodos, utilização de meios de transporte, uso de equipamentos como andador ou bengala, etc

Os fatores comportamentais no ambiente devem ser considerados. Por exemplo, a forma como o idoso se movimenta no ambiente: correr para atender ao telefone, levantar-se durante a noite para ir ao banheiro (principalmente em situação de urgência) sem iluminação adequada, calçar os sapatos de forma incorreta a maneira de atravessar e andar nas ruas pode levar a quedas.

O Histórico de queda está associada a piores condições de saúde e equilíbrio, menor mobilidade e nível de atividades, maiores níveis de incapacidade e stress psicológico e ainda a uma qualidade de vida mais pobre.

Acreditamos que estudos epidemiológicos desenvolvidos na comunidade aliados à Estratégia de Saúde da Família são mais adequadas para o conhecimento sobre quedas em idosos, o domicílio e seu entorno são “locus” privilegiado para o reconhecimento dos possíveis riscos ambientais à funcionalidade e para a orientação adequada à situação encontrada. Acrescente-se a isso o fato de que as pessoas idosas em geral, apreciam o aspecto de sociabilização relacionado à visita do agente de saúde.

Aliado a isto, ao se falar em promoção da saúde da pessoa idosa, a criação de ambientes favoráveis à saúde, no que diz respeito ao melhoramento dos entornos sociais e culturais e a promoção de ambientes que facilitem e favoreçam a saúde devem ser pensados. Assim, em atividade de pesquisa e intervenção desenvolvida no Programa de Educação Pelo Trabalho (PET) Saúde USP/Capital em área atendida por uma Equipe de Saúde da família (ESF) lotada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada no extremo Oeste da cidade de São Paulo, realizou-se estudo sobre a ocorrência de quedas em pessoas idosas com vistas a conhecer o índice de risco para quedas, sua prevalência, bem como a análise do ambiente com vistas à sua prevenção e a promoção da saúde das pessoas idosas no território.

Metodologia

Através de levantamento realizado através do SIAB, identificaram-se todos os idosos residentes em território atendido por uma equipe da ESF, num total de 262 pessoas. Realizou-se entrevistas a todos os idosos utilizando questionário estruturado e observação dos

domicílios dos idosos. Para a avaliação do risco de quedas foi utilizado o Fall Risk Score proposto por Dowton. Os dados sobre os idosos compuseram banco de dados que foi analisado com o uso do software EPIINFO de livre acesso. Visando avaliar os riscos ambientais do território, ampliando para o alcance das políticas públicas, foi realizada a observação do trajeto percorrido entre a Unidade Básica de Saúde e os domicílios, o interior dos domicílios, bem como seu entorno.

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da USP. Os participantes foram informados sobre os objetivos e a metodologia do estudo, a garantia de anonimato, de respeito à sua privacidade e garantia de desistência inócua a qualquer tempo. Suas dúvidas foram sanadas e os que aceitaram participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados e Discussão

Através de levantamento realizado pelo SIAB, verificou-se que na área da ESF havia 262 idosos. Foram entrevistados 141 (53,8% do total), sendo que as principais causas de não resposta foram: ausência no domicílio em dias úteis da semana, não quer ser atendido pela ESF, mudança de endereço e óbito.

Dentre os idosos entrevistados, a maioria era mulher (69,3%), com idades entre 60 e 69 anos (63,6%), que cursaram até o ensino fundamental incompleto (70,06%), 15,4% era analfabetos. Do total, 14,9% informaram ter convênio privado de saúde. A prevalência de quedas no último ano foi de 39,0%, maior que os dados encontrados por Perracini, que informa que 29% dos idosos caem ao menos uma vez ao e 13% caem de forma recorrente, sendo que 52% dos idosos não relataram nenhum evento de queda durante um seguimento de dois anos. A incidência de quedas em idosos residentes na comunidade varia de 0,2 a 1,6, quedas/por pessoa/por ano, com uma média de aproximadamente 0,7 quedas por ano. A maior suscetibilidade dos idosos a sofrerem lesões decorrentes de uma queda se deve a alta prevalência de comorbidades presentes nesta população, associado ao declínio funcional decorrente do processo de envelhecimento, como o aumento do tempo reação e diminuição da eficácia das estratégias motoras do equilíbrio corporal, fazendo de uma queda leve um evento potencialmente perigoso.

Dentre os que caíram 81,8% eram mulheres (p=0,008), 46,3% tinham entre 70 e 79 anos, 45,5% tinham alterações no sono (p=0,01), 25,5% tinham alterações na deambulação (p=0,03). Dentre os que caíram, 81,2% eram mulheres, 89,09% tinham mais do que uma

doença diagnosticada e 55,56% tinham 70 anos ou mais de idade. Ao comparar idosos que caíram e não caíram, verificou-se que houve diferença estatisticamente significativa entre aqueles que apresentaram mais que uma morbidade diagnosticada ($p=0,06$). Apesar do uso de medicamentos ser risco para quedas, verificou-se que 43,62% dos que caíram faziam uso de medicamento potencialmente causador de queda. As principais consequências das quedas sofridas foram dor (45,5%), medo de cair (23,6%), fratura (12,7%). O medo de cair e a restrição de atividades físicas e sociais decorrentes delas são as alterações psicológicas mais importantes relativas a queda de idosos⁶. Este medo inclui não apenas o medo da incapacidade ou da perda da independência, mas também o medo da dor e do sofrimento, o medo que a queda seja um sinal do declínio físico terminal e o medo do constrangimento social⁷. Em estudo realizado por Antes e col⁸, verificou-se que 57,1% dos idosos que relataram queda informaram ter medo da ocorrência de novo episódio, sendo a maior prevalência de medo de cair novamente aqueles “insuficientemente ativos no lazer, que relataram nunca ter contato com amigos, sem déficit cognitivo, com doença da coluna, artrite/reumatismo, diabetes, hipertensão, depressão, derrame/AVC, incontinência urinária, dor crônica e que relataram percepção de saúde ruim/muito ruim”.

Através da observação se verificou que os riscos extrínsecos mais frequentemente encontrados foram a topografia do território, com a presença de ladeiras, ruas esburacadas, sem asfaltamento, calçadas com muitos degraus, ausência de calçada para pedestres em algumas ruas, presença de escadaria íngremes nas vielas, acúmulo de lixo nas ruas, obstáculos nas calçadas já estreitas (lixeira, veículos estacionados), e nos domicílios: desníveis entre cômodos, escadas muito íngremes ou em caracol, tapetes soltos, animais de estimação soltos no interior do domicílio, obstáculos devido à distribuição de móveis em cômodos pequenos. Assim, as condições de vida desses idosos, refletida na qualidade de suas habitações e entorno apontam para a necessidade de se discutir as políticas públicas intersetoriais de saúde, assistência social, obras públicas e habitação.

Conclusão

Quedas foram mais prevalentes em mulheres com mais de 70 anos, com mais de uma doença diagnosticada, à semelhança de estudos realizados no país e no exterior. A avaliação do ambiente interno e externo dos domicílios dos idosos demonstrou a necessidade de se discutir o alcance das políticas públicas no território da ESF, demandando ao grupo e à equipe da ESF a refletir sobre as possibilidades de atuação no que diz respeito ao cuidado às pessoas idosas em termos de saúde, orientação e a necessidade de se discutir o ambiente promotor de saúde, não só para os idosos, mas para todos.

Limitações encontradas neste estudo foram as relacionadas à restrição da mobilidade dos bolsistas no território, que por motivos de segurança somente podiam fazer as visitas e entrevistas acompanhados pelos agentes comunitários de saúde.

Referências

- Carvalho JAM, Rodríguez-Wong LL. A transição da estrutura etária brasileira na primeira metade do Século XXI. Cad. Saúde Públ. (2008). 24(3): 597-605
- PAHO Pan American Health Organization. Pan American Sanitary Bureau. Division of Health Promotion and Protection and Protection. Plan of action on health and aging: older adults in the Americas 1999-2002. PAHO, Washington, DC, s/d.
- Gawryszewski VP. A importância das quedas no mesmo nível entre idosos do estado de São Paulo. Ver Assoc Med Brsas 2010; 56(2): 162-7.
- Tinetti ME; Speechley M; Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. New England J. Med 1988; 319(26): 1701-07.
- Perracini MR, Prevenção e manejo de quedas no idoso. In: Ramos LR, Toniolo Neto J. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar/Unifesp-EPM: Geriatria e Gerontologia. São Paulo: Manole 2005.
- Luukinen H, Koski K, Laippala P, Kivela SL. Predictors for recurrent falls among the home-dwelling elderly. Scan. J P Health Care. 1995; 13(4): 294-299.
- Yardley L; Smith H. A prospective study of the relationship between feared consequences of falling and avoidance of activity in community-living older people. The Gerontologist 2002; 42(1):17-23.
- Antes DL, Schneider IJC, Benedetti TRB, d'Orsi E. Medo de queda recorrente e fatores associados em idosos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2013. 29(4):758-768.

Agradecimentos

Ao grupo PROPET Saúde USP Capital, tendo como Tutora Helena Akemi Wada Watanabe – Faculdade de Saúde Pública/USP, Coordenadores Pró-PET-Saúde: Simone Rennó Junqueira e Yara Maria de Carvalho.

PREVENÇÃO DO CANÇER DO COLO DO ÚTERO: AVALIAÇÃO DAS AFECÇÕES GINECOLÓGICAS.

Autor 1 (apresentador) – Layze Braz de Oliveira, Universidade Federal do Piauí, email: layzebraz@hotmail.com.

Autor 2 – Marília de Sousa Santos, Universidade Estadual do Piauí.

Autor 3 – Álvaro Francisco Lopes de Sousa Universidade Federal do Piauí.

Autor 4 – Artur Acelino Francisco Luz Nunes Queiroz, Universidade Federal do Piauí.

Autor 5 – Antonio Dean Barbosa Marques, Universidade de Fortaleza.

Autor 6 (Orientador) – Gany Rose Cardoso Costa, Universidade Estadual do Piauí.

Palavras-chave: Saúde da Mulher. Afecções Ginecológicas. Citologia Oncótica.

Resumo

Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil justificam a implantação de estratégias efetivas de controle dessas doenças. O exame citológico tem sido amplamente usado na prevenção e detecção precoce do câncer uterino. Esse trabalho teve como objetivo principal avaliar as afecções ginecológicas detectadas pela citologia oncológica, levantando o perfil sócio demográfico dessas mulheres. Os dados foram divididos em tópicos, para melhor caracterizar o perfil das mulheres do estudo. As variáveis utilizadas foram: idade, raça, escolaridade, estado civil e profissão ou ocupação. E a avaliação dos resultados do exame de citologia e da microbiologia. A pesquisa permitiu perceber que as maiores procuras pelo exame são por mulheres de faixa etária entre 21-30 anos. Observou-se a prevalência de mulheres de raça parda, alfabetizadas, casadas e domésticas. Nos resultados dos exames houve o predomínio da inflamação moderada. Com relação à microbiologia, obteve-se um maior destaque para cocos com seguido por lactobacilos. Por meio deste trabalho, pretende-se contribuir, principalmente com a enfermagem em saúde da mulher, saúde reprodutiva,

saúde pública e setores educacionais, por meio da prevenção, proteção e educação em saúde, melhorar os indicadores e proporcionar melhoria na qualidade de vida das mulheres que realizam o exame citopatológico.

Introdução

A saúde da mulher sob o olhar da saúde pública ganha grande importância em decorrência das mudanças epidemiológicas da morbimortalidade feminina que estão ocorrendo nas últimas décadas. A crescente exposição das mulheres a fatores de risco ambientais, decorrentes de condições socioeconômicas e hábitos de vida, são considerações relevantes nas neoplasias malignas. A estratégia adotada para o rastreamento do câncer do colo do útero no País é a realização periódica do exame citopatológico de esfregaço cervical, conhecido como exame *Papanicolaou*. Esse exame é destinado a mulheres que já iniciaram a atividade sexual. Uma das novidades no Brasil foi a ampliação da faixa etária da população a ser submetida ao exame preventivo, que antes era realizado em mulheres dos 25 aos 59 anos, e, agora, segue até os 64 anos de idade (BRASIL, 2011). O presente estudo tem como objetivo geral avaliar as afecções ginecológicas detectadas pela citologia oncológica numa Unidade Básica de Saúde em Teresina-Pi, no ano de 2012 e como objetivo específico Traçar o perfil sócio demográfico das mulheres que realizaram o exame citológico, no ano de 2012, na Unidade Básica de Saúde Gil Martins e como objetivo específico identificar as afecções ginecológicas detectadas e sua frequência nos exames realizados no período citado, investigar os microorganismos presentes nos exames realizados e levantar a incidência de células pré-cancerígenas e cancerígenas nos exames citopatológicos realizados.

Metodologia

O estudo é descritivo com abordagem quantitativa sobre as afecções ginecológicas detectadas através do exame de citologia oncológica, realizado pelos enfermeiros no ano de 2012 em uma Unidade de Saúde da Família. A pesquisa foi desenvolvida na Unidade de Saúde Gil Martins, zona rural, localizada no município de Teresina-Pi. As participantes deste estudo serão as mulheres cadastradas na Unidade de Saúde que realizaram o exame citológico, constituída de uma população de 204 mulheres no ano de 2012 resultando em uma amostra de 126 mulheres. Os dados foram levantados a partir de registros dos prontuários e dos livros de citologias realizados pelos enfermeiros da Unidade, no ano de 2012. A coleta dos dados foi realizada no período de abril a maio de 2014. O estudo foi submetido ao comitê de Ética em Pesquisa com CAAE nº 24226014.3.0000.5209 os entrevistados assinaram o termo de consentimento livre esclarecido, obedecendo às recomendações da Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e Discussão

Os resultados são divididos em tópicos, para melhor caracterizar o perfil das mulheres do estudo. As variáveis utilizadas foram: idade, raça, escolaridade, estado civil e profissão ou ocupação. E a avaliação dos resultados do exame de citologia e da microbiologia. Observou-se que a idade entre 21 e 30 anos foi predominante no estudo, correspondendo a um total de 49 das mulheres são as que apresentam maiores índices de citologias realizadas (38,88%). Segundo o Ministério da Saúde, o câncer de colo do útero manifesta-se a partir da faixa etária de 25 a 29 anos, aumentando seu risco até atingir o pico na faixa etária de 50 a 60 anos (INCA, 2011). A cor da pele, apesar de não estar diretamente relacionada a ocorrência de morbidades uterinas, a predominante foi a cor parda correspondendo a um total de 39 mulheres (30.95%). Observou-se que a maioria das mulheres, 59 (46.82%) são alfabetizadas e 6 (4.76%) não são alfabetizadas. O nível de escolaridade é um importante item a ser considerado na adesão a medidas preventivas para o câncer de colo uterino. Portanto, o analfabetismo e o baixo nível educacional são fatores que podem impedir ou dificultar a informação sobre essa doença, sobre a utilização dos serviços de saúde, sobre os fatores de risco, sobre a importância do exame preventivo e do esclarecimento de possíveis dúvidas (GALVÃO; DÍAZ, 1999). O baixo índice de escolaridade torna-se um fator impeditivo para um melhor desenvolvimento das ações de saúde, devido à má compreensão dessas orientações (MOURA *et al.*, 2010). O grupo estudado compreendia na sua maioria, mulheres casadas, correspondendo à 50 (39.68%), enquanto solteiras apresentavam 26 (20,63%), e viúva 1 (0,79%) e as que apresentavam união estável eram 5 (3,97%). As mulheres que se submetem ao exame de preventivo são predominantemente casadas com faixa etária de idade de 18 e 35 anos (DAVIM *et al.*, 2005; BRASIL, 2006). Mulheres solteiras sem parceiros fixos constituírem um fator de risco de aumento na predisposição para o desenvolvimento dessa patologia, pela multiplicidade de parceiros sexuais, fazendo com que as mulheres enquadradas nesta relação sejam mais susceptíveis ao acometimento do câncer de colo de útero (DAVIM *et al.*, 2005). Observou-se que a maioria das mulheres que foram submetidas ao exame a maioria eram dona de

casa 47 (37.3%). Um percentual de 14,28% eram lavradoras ou agricultoras, um percentual de 2,38% eram estudantes e não contribuíam com a renda familiar. Dessa forma, pode-se verificar que a maioria das entrevistadas possuíam baixa renda, e em muitos casos essa renda não era resultante do seu próprio trabalho. A literatura tem relatado que, à medida que diminui o nível socioeconômico, aumenta significativamente a prevalência de mulheres sem cobertura pelo exame *Papanicolaou*. O baixo nível socioeconômico pode dificultar o acesso aos serviços de saúde, devido a barreiras geográficas, tais como distância ao serviço de saúde em relação às usuárias, dificuldade de transporte, burocracia e tempo gasto na marcação de consulta (WAITZBERG, 2006). Ao se avaliar os resultados dos exames citológicos, observou-se predomínio de inflamação moderada (63,49% das 126 mulheres) e em 23,02% dos casos os resultados citológicos foram inflamatório leve, ou seja, dentro da normalidade. As alterações em células epiteliais escamosas totalizaram 4,76% (inflamação acentuada) não havendo registro de qualquer caso de alteração em células glandulares. Cerca de 60% das mulheres com NIC I vão apresentar regressão espontânea, 30% podem apresentar persistência da lesão como tal, e das demais, menos de 10% irão evoluir para NIC III, sendo a progressão para o câncer invasor estimado em cerca de 1% (INCA, 2002). Dos 126 laudos avaliados, foram encontrados microrganismos normais da microbiota vaginal como cocos, 43 (34.14%), seguidos de lactobacilos e cocos, 36 (28.57%). Com relação às atipias celulares foram encontradas um percentual baixo de 4 pacientes com *cândida sp* e 2 com *Trichomonas*. Resultado indicando achados microbiológicos: *Lactobacillus sp*, cocos, outros bacilos. São considerados achados normais. Fazem parte da microbiota e, na ausência de sinais e sintomas, sua presença não caracteriza infecção que necessite de tratamento (AGARWAL; SHARMA; ACHARYA, 2004).

Conclusão

O câncer do colo do útero é um importante problema de saúde pública, especialmente nos países em desenvolvimento. Embora tenha alta incidência, este câncer apresenta forte potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente, seja por meio de consultas e exame regulares. Dessa forma, este estudo permitiu traçar um perfil sócio demográfico e de mulheres que foram submetidas a citologia

oncótica e avaliar as afecções ginecológicas presentes nos exames destas mulheres. A pesquisa permitiu perceber que a maior procura pelo exame, são por mulheres de faixa etária entre 21-30 anos. Observou-se a prevalência de mulheres de raça parda, alfabetizadas, casadas e domésticas. Sendo a escolaridade uma importante variável, pois além do exame, as ações de promoção e adesão ao tratamento depende dessa. De acordo com a segunda tabela, os principais resultados obtidos referentes à inflamação mostram índice elevado para inflamação moderada. Com relação à microbiologia, obteve-se um maior destaque para cocos, seguido por lactobacilos. Ao traçar o perfil, contribuiu-se para o direcionamento das ações de qualificação profissional. Muitos enfermeiros absteram-se de realizar o *papanicolaou* por considerar-se inaptos para a sua execução e posterior assistência. O estudo mostra que se trata de ações simples, que com a capacitação profissional, pode-se ganhar em qualidade. Conforme resultados obtidos, concluímos que a citologia é um recurso importante para o diagnóstico de agentes infecciosos passíveis de transmissão por contato sexual e na identificação de lesões precursoras do câncer. Constatou-se que o exame *Papanicolaou* tem um papel importante no reconhecimento das infecções do trato genital feminino. Por meio deste trabalho, pretende-se contribuir, principalmente com a enfermagem em saúde da mulher, saúde reprodutiva, saúde pública e setores educacionais, por meio da prevenção, proteção e educação em saúde, melhorar os indicadores e proporcionar melhoria na qualidade de vida das mulheres que realizam o exame preventivo.

Referências

AQARWAL, K.; SHARMA, U.; ACHARYA, V. Microbial and cytopathological study of intrauterine contraceptive device users. [Indian. J. Med. Sci.](#) Sep;58(9):394-9. 2004.

BRASIL, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama** / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

DAVIM, R. M. B., TORRES, G. V., SILVA, R. A. R., SILVA, D. A. R., Conhecimento de mulheres de uma unidade básica de saúde da cidade de Natal/RN sobre o exame de papanicolaou. R. Esc. Enfer. USP. 39(3):296-302, 2005.

GALVÃO L, DÍAZ J. **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec; 1999.

Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev) **Falando sobre câncer do colo do útero**. – Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002

MOURA, A. D. A.; SILVA, S. M. G. S.; FARIA, L. M.; FEITOZA, A. R. *Conhecimento e motivações das mulheres acerca do exame de Papanicolaou: subsídios para a prática de enfermagem*. Rene, v.11, n.1, p.94-104, jan/março. 2010.

WAITZBERG DL. **Dieta, nutrição e câncer**. São Paulo: Atheneu; 2006.

PREVENÇÃO E CONTROLE DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS: ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL PRESTADA ÀS MULHERES RESIDENTES EM MUNICÍPIOS DA ZONA NORTE DO ESTADO DO CEARÁ.

Mayara Nascimento de Vasconcelos – Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA. mayaravasconcelos92@hotmail.com

Amanda Akemi Ribeiro Naka – Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA

Cecília Virgínia Araújo Paiva – Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA

Jamila Davi Mendes – Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA

Keila Maria Carvalho Martins

Maria Adelane Monteiro da Silva – Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA

Palavras-chave: Sífilis. Transmissão Vertical, Pré-Natal

Resumo

A sífilis é causada pelo *Treponema pallidum*, um patógeno exclusivo do ser humano. Sem receber tratamento adequado a doença pode. Com o objetivo de eliminar a sífilis congênita, em 1993 o Ministério da Saúde recomendou o rastreamento da doença na gravidez, utilizando o exame VDRL, de diagnóstico de sífilis, na primeira consulta de pré-natal, no início do terceiro trimestre e na admissão para parto ou curetagem. Trata-se de um agravo de saúde passível de eliminação, desde que a mulher infectada e seu parceiro sejam identificados e tratados antes ou durante o pré-natal. A temática escolhida fundamenta-se na necessidade de sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde como ferramentas para o controle desse agravo. Este estudo objetiva conhecer limites e potencialidades inerentes ao processo de trabalho dos profissionais de saúde no acompanhamento pré-natal das gestantes com sífilis nos municípios de maior incidência de sífilis materna analisando a assistência pré-natal prestada referente à prevenção e controle da transmissão vertical

da sífilis. Os sujeitos do estudo são enfermeiros que realizam o acompanhamento pré-natal das gestantes positivas para sífilis nas Unidades Básicas de Saúde dos municípios da região Norte do Estado do Ceará/Brasil, identificados com maior incidência dos casos em gestantes. Foram entrevistados 14 enfermeiros quatro municípios. A partir das entrevistas aplicadas aos profissionais pôde-se dimensionar características do processo de trabalho através da sua visão. É importante analisar a assistência prestada para se obter dados capazes de orientar iniciativas de profissionais e proporcionar a melhoria da promoção da saúde.

Introdução

A sífilis é uma doença causada pelo *Treponema pallidum*, um patógeno exclusivo do ser humano. Quando a pessoa infectada não recebe tratamento a doença pode evoluir atingindo estágios: primário, secundário e terciário (SMELTZER; BARE, 2006).

Segundo estimativa do Ministério da Saúde, mais de 50 mil novos casos de sífilis em gestantes e, aproximadamente, 15 mil casos de sífilis congênita, ocorrem anualmente, porém, em 2005 foram registrados apenas 5.710 casos dessa última, denotando uma taxa de subnotificação da doença equivalente a quase 62%. No Nordeste, uma das regiões mais pobres do Brasil, a prevalência de sífilis em gestantes é de 1,9%.

No Ceará, a vigilância epidemiológica da sífilis vem se estruturando cada vez mais e contribuindo para o aumento do número de notificações a cada ano, sendo que no período de 1999 a 2009 os casos cresceram de 90 para 648, atingindo uma incidência de 5,0% (CEARÁ, 2011).

Com o objetivo de eliminar a sífilis congênita, em 1993 o Ministério da Saúde recomendou o rastreamento da doença na gravidez, utilizando o exame VDRL, de diagnóstico de sífilis, na primeira consulta de pré-natal, no início do terceiro trimestre e na admissão para parto ou curetagem. Desta forma, trata-se de um agravamento de saúde passível de eliminação, desde que a mulher infectada pelo *Treponema pallidum* e seu parceiro sejam identificados e tratados antes ou durante o pré-natal (CEARÁ, 2011).

A temática escolhida é fundamentada na necessidade de sensibilização e capacitação dos profissionais como ferramentas para o controle desse agravamento. Estudos mostram que ações de vigilância associadas à qualificação do pré-natal e da assistência ao parto, assim como estratégias que permitam o esclarecimento da população em relação à sífilis, podem contribuir na redução da mortalidade perinatal, já que apesar do amplo acesso ao pré-natal e ao parto hospitalar, ainda se convive com uma baixa qualidade da atenção prestada (SARACENI; LEAL, 2003; SARACENI et al, 2005).

Nesse sentido, a sífilis congênita se insere no quadro de causa perinatal evitável, pois é possível fazer o diagnóstico e proceder ao tratamento efetivo na gestação. Essa constatação só aumenta a necessidade de qualificação da assistência pré-natal, destacando-se, nesse cenário, o diagnóstico e o tratamento da sífilis materna (SARACENI et al, 2005).

Diante do exposto, percebe-se a dificuldade de investigação e notificação de casos de sífilis congênita. Esses fatores sugerem a necessidade de sensibilização e capacitação dos profissionais como ferramentas para o controle desse agravamento. Estudos mostram que ações de vigilância associadas à qualificação do pré-natal e da assistência ao parto, assim como estratégias que permitam o esclarecimento da população em relação à sífilis, podem contribuir na redução da mortalidade perinatal, já que apesar do amplo acesso ao pré-natal e ao parto hospitalar, ainda se convive com uma baixa qualidade da atenção prestada (SARACENI; LEAL, 2003; SARACENI et al, 2005).

Este estudo objetiva conhecer os limites e potencialidades inerentes ao processo de trabalho dos profissionais de saúde no acompanhamento pré-natal das gestantes com sífilis nos municípios de maior incidência de sífilis materna de forma que analisa a assistência pré-natal prestada a estas mulheres no que diz respeito à prevenção e controle da transmissão vertical da sífilis.

Metodologia

O estudo deriva de um maior intitulado PREVENÇÃO E CONTROLE DA TRANSMISSÃO VERTICAL: avaliação da qualidade da assistência pré-natal na Zona Norte do Estado do Ceará. Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva com abordagem qualitativa. O estudo ocorreu nas Unidades Básicas de Saúde dos municípios da região Norte do Estado do Ceará/Brasil, identificados com maior incidência nos casos de gestantes com sífilis.

Constituíram como sujeitos do estudo os profissionais de saúde, enfermeiros, que realizam o acompanhamento pré-natal das gestantes positivas para sífilis nas Unidades Básicas de Saúde dos municípios da região Norte do Estado do Ceará/Brasil, identificados com maior incidência nos casos de gestantes com sífilis.

Desta forma, o número de sujeitos que compôs a amostra foi determinado de acordo com a disponibilidade dos profissionais em aceitar contribuir com o estudo. O anonimato das participantes foi preservado e a participação no estudo ocorreu mediante o esclarecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Inicialmente foi realizada investigação da origem e perfil das mulheres diagnosticadas com Sífilis, foram levantadas informações necessárias para confirmar a incidência de mulheres com VDRL positivo entre os municípios da zona Norte do Estado do Ceará.

Posteriormente, os profissionais de saúde, enfermeiros que realizam pré-natal nos municípios de maior incidência de sífilis foram entrevistados por meio de roteiro de entrevista semi-estruturada. As entrevistas foram agendadas previamente, considerando a disponibilidade do participante e otimização do processo de coleta externa.

Em relação ao conteúdo das entrevistas, foi lido, codificado, analisado e organizado em categorias discutidas com base na literatura pertinente ao tema. De acordo com Minayo (2010) a categorização procura agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito amplo, capaz de produzir um significado sobre eles. Essa técnica consiste basicamente em analisar o material verbal coletado em pesquisas que tem depoimentos como sua matéria prima, extraído-se de cada um destes depoimentos as Ideias Centrais ou Ancoragens e as suas correspondentes Expressões Chave (LEFEVRE; LEFEVRE E TEXEIRA, 2000).

O projeto foi encaminhado à Comissão Científica ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, recebendo aprovação mediante protocolo nº 998. As exigências estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde no Brasil a Resolução 466/12 foram rigorosamente obedecidas. Os princípios da bioética foram seguidos (beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça), visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Resultados e Discussão

Perfil dos profissionais de saúde que prestaram assistência pré-natal a gestantes com diagnóstico de sífilis nas unidades

Foram entrevistados 14 profissionais de saúde que realizam pré-natal em municípios do Ceará, sendo 9 profissionais enfermeiros em Sobral, 2 em Coreaú, 2 em Massapê e 1 em Santana do Acaraú.

Os profissionais eram enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde dos Municípios. A maioria é do sexo feminino e todos são enfermeiros das unidades em que foi realizado acompanhamento pré-natal das gestantes positivas para sífilis atendidas nas maternidades do município de Sobral.

A maioria dos profissionais possui mais de 10 anos de graduação, e também a maior parte possui especialização em Saúde da Família e em Saúde Pública. Quanto ao tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família, a maioria possui de 10 a 15 anos de experiência.

Segundo Formiga *et al* (2005), a experiência profissional, o envolvimento institucional e a estabilidade adquirida pelo tempo de serviço são fatores que estimulam nos profissionais a permanência em uma organização e ainda o tempo de trabalho em uma instituição pode estar associado, segundo nossa experiência, à proposta de trabalho de uma instituição e satisfação individual.

O processo de avaliação do processo de trabalho dos profissionais de saúde que realizam acompanhamento pré-natal das gestantes com sífilis originou 4 categorias: Percepção dos profissionais de saúde sobre as potencialidades na atenção a gestante com diagnóstico de sífilis; Percepção dos profissionais de saúde sobre os limites na atenção a gestante com diagnóstico de sífilis; Satisfação com a estrutura oferecida para a realização do pré-natal; e Avaliação da atenção pré-natal no município pelos profissionais;

Percepção dos profissionais de saúde sobre as potencialidades da atenção pré-natal

Nesta categoria destaca-se a visão dos profissionais sobre o acesso aos testes rápidos para sífilis somado à agilidade do laboratório em fornecer diagnóstico em tempo favorável para realizar o tratamento, como se pode notar nas falas:

“Anos atrás, tivemos alguns percalces quanto ao acompanhamento, visto intercorrências no laboratório para acompanhamento da gestante, porém atualmente contamos com teste rápido de sífilis, o que facilita resultado e diagnóstico precoce.” (Enfermeira 2-Sobral)

“(...) a gente já tá em um roteiro de fazer teste rápido, estamos devidamente treinados para o teste rápido. Nosso laboratório procura, à medida que pede o exame, no máximo quando a gente vai fazer o outro pré-natal já está com o exame em mãos. Ou seja, ele tem um mês entre coletar o sangue, preparar o exame e na próxima consulta a gente já estar com o resultado, né, isso facilita muito(...)” (Enfermeira 02-Coreaú)

Também são apontadas como potencialidades os suportes dos órgãos disponíveis no município associados ao meio em que está inserida a gestante diagnosticada, como a Estratégia Trevo de Quatro Folhas foi criada em 2001, na cidade de Sobral, estado do Ceará, mais precisamente na zona do Sertão Centro-Norte (LOURENÇO *et al*, 2009), objetivando garantir apoio social às famílias com gestantes, puérperas, e mães de crianças menores de dois anos, em situação de risco clínico e social e reorganizar a atenção materno-infantil no município (SOUSA *et al*, 2012).

“Quando esclareço os riscos da doença várias vezes, faço visita domiciliar. Procuro ajuda na equipe, TREVO, NASF, entre outras potencialidades envolvendo os amigos, famílias e vizinhos da paciente.” (Enfermeira 7-Sobral)

Percepção dos profissionais de saúde sobre os limites na atenção a gestante com diagnóstico de sífilis.

A ocorrência de sífilis congênita está associada ao manejo inadequado dos casos com perda de oportunidade tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento, à ausência de aconselhamento, à falta tratamento do parceiro e ao tratamento incorreto dos casos diagnosticados (DOMINGUES *et al*, 2013). Uma limitação bastante citada entre as entrevistadas foi a dificuldade de adesão, principalmente por parte dos parceiros das gestantes positivas para sífilis como podemos verificar na fala.

“É feito um acompanhamento mensal, mas geralmente o parceiro tem mais resistência ao tratamento e os exames de laboratório demoram a chegar.” (Enfermeira 2-Massapê)

“As consultas são realizadas e pedidos os exames de rotina, mas as gestantes são na maioria usuárias de álcool ou drogas e não aderem ao tratamento.” (Enfermeira 1- Massapê)

Outros limites na atenção a gestante com sífilis são a demanda de atendimento e sua implicância nas dificuldades em realizar busca ativa, assim como a falta de médicos nas unidades para dar início ao tratamento e o seguimento das gestantes diagnosticadas. Podemos evidenciar tais informações nas falas.

“Também possuímos uma demanda massacrante de atendimento, o que, por vezes pode deixar a desejar a busca ativa mais dentro do território, não apenas esperar na UBS, para evitar transmissão vertical.” (Enfermeira 2-Sobral)

“(...) A dificuldade ainda é médica. Nós temos poucos médicos nos PSFs porque não se encontra mesmo pra contratar, né. E isso acaba prejudicando porque ficamos dependendo dos outros colegas(...)” (Enfermeira 02-Coreaú)

Outra dificuldade citada por uma das entrevistadas foi a falta de alguns materiais para prestar assistência, como evidenciamos na seguinte fala:

“(...) A dificuldade também é que a gente ainda não tem uma mesa ginecológica em cada sala, a gente tem uma mesa ginecológica no posto inteiro. Então pra fazer o exame, a gente tem que fazer uma escala, né. Então também tem essa dificuldade(...)” (Enfermeira 02-Coreaú).

Satisfação com a estrutura oferecida para a realização do pré-natal de gestantes com sífilis

Quando foi questionada a satisfação, ao mesmo tempo em que alguns profissionais mostraram insatisfação diante de algumas falas, outros ou também os mesmos citaram motivos para satisfação diante da estrutura oferecida, contando também com sugestões e contribuições que poderiam potencializar.

“(...)precisam ser preenchidas todas as faltas e falhas. Manter mais educação permanente e capacitar os profissionais, principalmente os novatos. Deve-se levantar novamente o impacto da sífilis com mais campanhas.” (Enfermeira 2-Sobral)

“Não. Pois o pré-natal acaba não sendo reservado, temos que dividir o consultório com outro profissional que também realiza consulta. A privacidade é zero.” (Enfermeira 3-Sobral)

“Sim, porém pode ser mais efetiva, com profissionais de toda a equipe multidisciplinar efetivamente envolvidos.” (Enfermeira 6-Sobral)

“Satisfeita, pois o município oferece suporte à assistência prestada às gestantes, com relação aos materiais e encaminhamentos para gestantes de alto risco, com intuito de diminuir o número de abandonos de pré-natal, óbitos de mulheres, óbitos por causas perinatais, crianças com tétano neonatal, recém-nascidos com riscos de baixo peso e porcentagem de VDRL positivo.” (Enfermeira 1- Santana do Acaraú)

Avaliação da atenção pré-natal no município pelos profissionais

De um modo geral, os profissionais avaliaram a assistência pré-natal prestada em seus municípios como positiva e eficiente, concomitantemente a afirmação da necessidade de melhorias e ao apontamento de fragilidades. Ao analisar as falas dos profissionais, destacamos a seguir algumas falas que apresentam a realidade da assistência prestada às gestantes no município:

“(..) apesar dos entraves e intercorrências, a qualidade é boa, visto os apoios e referências existentes no município para acompanhamentos.” (Enfermeira 2-Sobral)

“A atenção no pré-natal é boa. É interessante citar que a maioria das gestantes com sífilis estão num contexto social precário que compromete o tratamento e seguimento, as pacientes são os que comprometem negativamente as ações em saúde” (Enfermeira 6-Sobral)
“Satisfatória, pois tem capacitado os profissionais para tal demanda e dá o suporte de laboratório e medicamento.” (Enfermeira 8-Sobral)
“(…)avalio como bom...o PSF é que tem esse olhar mais voltado pra notificação, mas eu creio que essa geração nova ainda não tem esse senso de responsabilidade, porque eu também não tinha assim que me formei (...)” (Enfermeira 2-Coreaú)
“Diante da necessidade de garantir atenção pré-natal de qualidade e/ou reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e pré-natal, o município nos oferece todo suporte para uma avaliação de qualidade de assistência, ofertando em dias os resultados dos exames, USG Obstétricas, realização dos exames obstétricos durante o pré- natal, atividades educativas, vacinações, coleta do exame citopatológico, encaminhamentos das gestantes de alto risco, entre outros(…)” (Profissional- Santana do Acaraú)

Conclusão

A sífilis congênita é uma condição evitável se for corretamente diagnosticada e tratada. Sua ocorrência está associada ao inadequado manejo dos casos, muitas vezes se perdendo a chance de realizar o tratamento corretamente pela falha no aconselhamento ou mesmo pela dificuldade de sensibilizar os parceiros das mulheres a levá-lo adiante.

A partir das entrevistas aplicadas aos profissionais de saúde que realizam consultas pré-natal nos quatro municípios abordados, pôde dimensionar as características das dificuldades do seu processo de trabalho através da visão destes enfermeiros entrevistados.

É importante analisar a assistência prestada para se obter dados capazes de orientar as iniciativas de profissionais atuantes objetivando a melhoria da qualidade e buscando alcançar a diminuição dos casos de sífilis congênita.

É necessário inovar as estratégias e potencializar o processo de trabalho dos profissionais afim de promover a captação precoce das gestantes para iniciar a assistência pré-natal, garantir o diagnóstico da doença e também, precocemente, iniciar o tratamento e sempre buscando informar suficientemente a gestante e seu parceiro buscando efetivar a adesão, apesar da vulnerabilidade de muitos.

Referências

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. **Situação da Saúde do Estadodo Ceará**. Fortaleza: Secretaria do Estado do Ceará, 2011.

DOMINGUES, R.M.S.M; SARACENI,V; HARTZ, Z.M.A; LEAL, M.C. Sífilis congênita: evento sentinela em saúde. Rev Saúde Pública 2013;47(1):147-57

FORMIGA, J.M.M; GERMANO, R.M; VILAR, R.L.A, DANTAS, S.M.M. Perfil do enfermeiro/aluno do curso de especialização PROFAE/RN [acesso em 30 Julho 2014]. Disponível em: www.observatório.nesc.ufr.br/texto_perfil05.pdfC. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

LEFEVRE, F; LEFEVRE A.M.C; TEIXEIRA, J.J.V. **O Discurso do Sujeito Coletivo**: Uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul; Edus. 2000.

LOURENÇO, F.P, QUINTILIANO, M.F, JUNIOR, O.G. Projeto Conexão Local – Trevo de Quatro Folhas em Sobral – Ce. São Paulo: FGV; 2009.

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

SARACENI, V; DOMINGUES, R.M.S.M; VELLOZO, V, LAURIA, L.M; DIAS, M.A.B; RATTO, K.M.N; DUROVNI, B. Vigilância da sífilis na gravidez **Epidemiologia e Serviços de Saúde** • Volume 16 - Nº 2 - abr/jun de 2007.

SARACENI, V; LEAL, M.C; HARTZ, Z.M.A. Avaliação de campanhas de saúde com ênfase na sífilis congênita: uma revisão sistemática. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**. 2005; 5(3):263-73.

SARACENI, V; GUIMARÃES, M.H.F da; THEME FILHA, M.M.; LEAL, M do C. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 21(4):1244-1250, jul-ago, 2005

SARACENI, V; LEAL, M do C. Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbimortalidade perinatal. Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(5):1341-1349, set-out, 2003

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SOUSA, F.J.S; SUCUPIRA, A.C.SL; AGUIAR, I.S.M; MESQUITA, V.A.L; SALES, E.N.B.G. PROGRAMA TREVO DE QUATRO FOLHAS: UMA AÇÃO EFETIVA PARA A REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL EM SOBRAL – CEARÁ. S A N A R E, Sobral, V.11. n.1.,p. 60-65, jan./jun. 2012.

PREVENÇÃO PRIMÁRIA DO CÂNCER DE MAMA: CONHECIMENTO DE MULHERES COM DEFICIÊNCIA VISUAL

Giovanna Karinny Pereira Cruz (apresentador) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. giovannakarinnny@gmail.com
Marcos Antonio Ferreira Júnior – Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
Diana Paula de Souza Rego Pinto Carvalho – Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
Cibely Freire de Oliveira – Universidade Estadual da Paraíba.
Monaynne Gomes de Assis – Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
Inacia Sátiro Xavier de França (Orientador) – Universidade Estadual da Paraíba.

Palavras-chave: *Neoplasias da Mama. Pessoas com Deficiência Visual. Enfermagem em Saúde Pública. Educação em Saúde. Promoção da Saúde.*

Resumo

Investigar o conhecimento de mulheres com deficiência visual sobre fatores de risco e detecção precoce do câncer de mama. Trata-se de um recorte de trabalho de conclusão de curso de graduação em Enfermagem. Estudo com abordagem qualitativa, do tipo transversal e descritivo desenvolvido no Instituto dos Cegos do município de Campina Grande/PB, Brasil, de 2008 a 2010. A população foi composta pelas 52 mulheres com deficiência visual que frequentavam esta instituição. Participaram do estudo 16 mulheres que responderam um questionário com questões abertas e de múltipla escolha sobre os fatores de risco e detecção precoce do câncer de mama. Os dados coletados foram analisados mediante a técnica de análise de conteúdo. Após esta etapa, duas categorias foram elencadas com destaque para a categoria “Déficit de conhecimentos sobre a detecção precoce do câncer de mama”. As mulheres estudadas desconheciam os fatores de risco para o câncer de mama e não praticavam o autocuidado para a detecção precoce. Recomenda-se aos profissionais de

saúde o desenvolvimento de estratégias que eduquem as mulheres sobre o controle dos fatores de risco para o câncer de mama, com realização frequente das estratégias de rastreamento e detecção precoce.

Introdução

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo, o mais comum entre as mulheres tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento e corresponde a 22% do total de casos novos a cada ano. A incidência dessa enfermidade é crescente no mundo em desenvolvimento devido a maior expectativa de vida, ao aumento da urbanização e a adoção de modos de vida ocidentais. Em 2012/2013, a estimativa do Instituto Nacional de Câncer (INCA) foi de 52.680 novos casos de câncer de mama no Brasil, destes 8.970 seriam concentrados na região nordeste (BRASIL, 2011a, 2012a; WHO, 2013).

A prevenção primária do câncer de mama, se refere a um conjunto de medidas para reduzir ou evitar a exposição a fatores que aumentam a possibilidade de um indivíduo desenvolver uma determinada doença ou sofrer um determinado agravo, comumente chamados de fatores de risco (BRASIL, 2012a).

Ao considerar o Sistema Único de Saúde (SUS) como sistema principal de atendimento às mulheres no Brasil, este reforça o conceito de integralidade e equidade na assistência à população, mas percebe-se fragilidades na organização e operacionalização da atenção à saúde das Pessoas com Deficiência - PcD. As mulheres com deficiência foram e ainda são invisibilizadas pela própria política de saúde da mulher, ainda que seja um grupo populacional cuja política pretende resguardar (SANTOS *et al.*, 2013).

A saúde das PcD imprescinde de ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação (FRANÇA *et al.*, 2012) embora existam campanhas de esclarecimento à população que enfatiza os meios de detecção precoce, estas estratégias, isoladamente não reduzem a incidência deste agravo à saúde, já que não atuam nos fatores predisponentes para sua iniciação (KIM *et al.*, 2010; MELO; SOUZA, 2012); acredita-se que nas PcD a problemática se agrava devido à dificuldade de acesso destes indivíduos às informações sobre o câncer de mama e ausência de técnicas especiais de autocuidado para a detecção precoce.

Dessa forma, foi objetivo desse estudo investigar o conhecimento de mulheres com deficiência visual sobre fatores de risco e detecção precoce do câncer de mama.

Metodologia

Esse estudo consiste em um recorte de trabalho de conclusão do curso de graduação em Enfermagem desenvolvido no período de outubro de 2008 a outubro de 2010, no âmbito da Associação dos Deficientes do Compartimento da Borborema e do Instituto dos Cegos. Trata-se de estudo transversal, descritivo. A população alvo foi composta pelas pessoas com deficiência visual que frequentavam e participavam das atividades do Instituto dos Cegos localizadas no município de Campina Grande/PB, Brasil. Dentre as 52 mulheres com deficiência visual, foram selecionadas 16.

Fizeram parte do estudo mulheres com mais de 18 anos de idade; que residiam na zona urbana de Campina Grande/PB e que aceitaram participar livremente da investigação.

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário com enfoque no conhecimento das mulheres sobre a temática, com questões abertas e de múltipla escolha sobre o conhecimento em câncer de mama, fatores de risco e as variáveis comportamentais relacionadas aos fatores de risco e medidas de detecção precoce. Por se tratar de mulheres com deficiência visual, o questionário foi preenchido pelas pesquisadoras a partir do relato das participantes.

A análise dos dados foi desenvolvida por meio da Análise de Conteúdo de Bardin (2009). Dessa forma, as respostas obtidas foram padronizadas e organizadas em categorias temáticas, com destaque para a categoria “Déficit de conhecimento sobre detecção precoce do câncer de mama”.

O projeto do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) sob protocolo CAAE nº. 0070.0.133.000-09.

Resultados e Discussão

Foi totalizado 16 participantes (n=16), com idade entre 20 e 60 anos, com destaque para 50% destas, inseridas na faixa etária dos 31 aos 50 anos. Referente ao grau de instrução, nível básico (n=4), fundamental (n=4), ensino médio (n=4) e superior (n=4). No que tange o estado civil das participantes, 10 relataram ser solteiras.

As mesmas foram indagadas sobre seus aspectos de saúde relacionados aos fatores de risco, dentre eles a menarca, a paridade, idades gestacionais, amamentação e utilização de hormônios. Nesse contexto, 14 mulheres não apresentaram a menarca como fator de risco, uma vez que menstruaram pela primeira vez depois dos 12 anos. A maternidade foi vivenciada por 10 das participantes.

A faixa etária escolhida para ter filhos entre as participantes não foi um fator preocupante, uma vez que dentre as 10 participantes, todas desenvolveram sua primeira e última gestação em idade inferior aos 30 anos. Quanto ao tempo de amamentação, a maior parte destas (n=8) amamentou por menos de um ano e quanto ao tempo de utilização de contraceptivos orais, 8 utilizaram por mais de cinco anos, ambas as condutas apresentadas como fatores de risco.

Foram investigados ainda os hábitos alimentares e de saúde das participantes, contudo a maioria demonstrou ter hábitos saudáveis, não fazer uso de bebidas alcoólicas, tabagismo e consumo de alimentos gordurosos. A hereditariedade não foi evidenciada como fator de risco presente. Todavia, o sedentarismo relatado por 10 participantes que afirmavam não praticar exercícios físicos regularmente, representa um fator de risco preocupante.

A categoria temática em destaque que encerra as respostas das participantes às questões norteadoras foi “Déficit de conhecimento sobre detecção precoce do câncer de mama”.

Déficit de conhecimento sobre detecção precoce do câncer de mama

As mulheres participantes do estudo foram indagadas sobre seu conhecimento sobre a detecção precoce do câncer de mama, as mesmas apresentam conhecimento superficial sobre a temática.

O quesito autoexame foi verbalizado, contudo as respostas apresentadas evidenciaram déficits de conhecimentos sobre a forma como este deve ser executado. Dentre as mulheres, algumas já ouviram falar sobre, contudo não sabiam quando e como executar. Conforme observado nas respostas:

“Já ouvi falar do autoexame, mas não sei.” (Amarilis)

“Fazendo o exame do toque mesmo. Não sei explicar direito acho que é tocando no seio, procurando o caroço.” (Azaléa)

“Nunca ouvi falar sobre, nunca fui ao ginecologista.” (Gardênia)

“Não sei tenho muitas dúvidas a respeito.” (Dália)

Embora existam programas específicos voltados à saúde da mulher, estudos evidenciam que parte considerável desconhece as estratégias de detecção precoce do câncer de mama, o que limita sua adesão e eficácia (FRANÇA *et al.*, 2012; GONZALEZ *et al.*, 2012). Outro aspecto a ser considerado diante desse déficit de conhecimento está atrelado à acessibilidade destes sujeitos ao sistema de saúde e ainda a relação profissional-paciente. Estudos constataam que existem fragilidades nessa relação, uma vez que os profissionais embora conheçam os princípios do SUS, não conseguem assegurá-los. A existência de barreiras atitudinais no atendimento a população em questão impossibilita uma assistência equânime, integral e universal (OTHERO; DALMASO, 2009; CEZARIO *et al.*, 2010).

Estudos realizados na Colômbia e na Venezuela apontam que o déficit de conhecimento implica a não realização de autocuidado das mulheres em relação ao câncer de mama. Estas buscam a consulta apenas quando surge algum sintoma em sua mama e há casos em que nunca se realizou os exames de detecção precoce (GONZALEZ *et al.*, 2012; ABRIL *et al.*, 2012).

O Ministério da Saúde preconiza a faixa etária entre 40 e 69 anos como a população alvo de campanhas e estratégias de combate ao câncer de mama (BRASIL, 2011b). Contudo, apesar das mulheres participantes do estudo estarem inseridas nessa faixa etária e apresentarem fatores de risco como sedentarismo, amamentação por menos de um ano e uso prolongado de contraceptivos orais, ainda assim, verbalizaram desconhecer as práticas de detecção precoce e a ausência de combate aos fatores de risco evidenciados pelo déficit de autocuidado.

Tal fato pode estar relacionado a uma lacuna existente na própria política de saúde da mulher que dentre suas diretrizes, objetivos e estratégias, negligencia o debate sobre a mulher com deficiência e suas peculiaridades, cujo termo “mulher deficiente” se encontra entre parênteses e nas diretrizes apenas como exemplo de grupos populacionais que a política pretende resguardar; que demonstra a invisibilidade e desigualdade existente para com as pessoas com deficiência (SANTOS *et al.*, 2013).

Percebe-se que o déficit de autocuidado é apresentado como reflexo de diversas lacunas, que se manifestam na política de saúde da mulher, hierarquicamente acima de toda e qualquer assistência prestada, uma vez que esse documento norteará a oferta de cuidados. Em consequência, as lacunas influenciam a prática profissional, de forma que a mulher com deficiência visual receberá as consequências da problemática e a ausência de prática do autocuidado em saúde.

Conclusão

Percebe-se que a realidade vivenciada diverge da recomendável e que as necessidades de educação em saúde são intensas. Deve-se, portanto, dar importância à produção de materiais educativos sobre a temática, que possibilitem às mulheres com deficiência visual o acesso às informações para o conhecimento destas e, consequentemente garantir a prática do autocuidado.

Estima-se que estes resultados possam subsidiar pesquisas futuras, ainda que apresentem limitações. Nesse sentido, é válido considerar que o estudo trata de uma realidade local e apresenta um número limitado de participantes. Portanto, a temática requer investigações mais detalhadas sobre como se procede à assistência à saúde desse segmento social, bem como a forma como os profissionais realizam a educação em saúde para prevenção primária dos fatores de risco, detecção precoce do câncer de mama por meio da palpação das mamas, autoexame, adesão à mamografia e ao exame clínico. Visa-se com tais pesquisas um melhor entendimento das questões intrínsecas às mulheres com deficiência visual, melhorias na qualidade da assistência prestada e o fortalecimento da detecção precoce do câncer de mama.

Referências

ABRIL, F.G.M. *et al.* Factores asociados a la práctica correcta del autoexamen de mama en mujeres de Tunja (Colombia). *Investigación y Educación en Enfermería*. 30(1); p. 18-27. 2012.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. *Estimativa 2012 : incidência de câncer no Brasil. Coordenação de Prevenção e Vigilância*. Rio de Janeiro : Inca, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama*. Abril. 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *ABC do Câncer - Abordagens Básicas para o Controle do Câncer*. Rio de Janeiro: INCA, 2012.

CEZARIO, K.G. *et al.* Promoção da saúde e deficiência visual: Produção das pós-graduações brasileiras. *Revista Rene*. Fortaleza, v.11, n.2, p.187-196. Abr/Jun. 2010.

FRANÇA, I.S.X. *et al.* Conhecimento de mulheres com deficiência física sobre câncer mamário e autoexame: Estratégia educativa. *Revista Rene*, Fortaleza, v.13, n.14, p. 766-74, 2012.

GONZALEZ, J.R. *et al.* Conocimientos de los factores de riesgo sobre cáncer de mama en Puerto La Cruz, estado Anzoátegui, Venezuela. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, Ciudad de La Habana, 2012.

KIM, D.D. *et al.* Saber é prevenir: uma nova abordagem no combate ao câncer de mama. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2010.

MELO, M.C.S.C; SOUZA, I.E.O. Ambiguidade: modo de ser da mulher na prevenção secundária do câncer de mama. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, Mar. 2012.

OTHERO, M.B.; DALMASO, A.S.W. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 13, n. 28, Mar. 2009.

SANTOS, L.F.M. *et al.* Mulheres com deficiência: reflexões sobre a trajetória das políticas públicas de saúde. *Revista de enfermagem UFPE on line*. Recife, 7(7):4775-81, jul., 2013.

World Health Organization (WHO). *Breast Cancer: Prevention and control*. 2013. Available at: <<http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index.html>> Access in: 10 june 2014.

Agradecimentos

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde²¹⁷

Agradecimentos ao Cnpq por ser a entidade de fomento que possibilitou a realização do trabalho, assim como o Instituto dos Cegos de Campina Grande - PB, local onde realizou-se o estudo.

PRINCIPAIS ACIDENTES QUE ACOMETEM CRIANÇAS EM UMA ESCOLA ESTADUAL DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE - PB.

Andrezza Oliveira Barros – (apresentador) Docente da disciplina de Urgência e Emergência da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).
Emmanuella Swyanne de Souza Angelo – Enfermeira do Hospital Universitário Alcides Carneiro de Campina Grande - PB (HUAC-CG).

Adriana Correia de Araújo – Enfermeira do Hospital da UPA de Campina Grande

Renata Clemente dos Santos – Enfermeira da Prefeitura Municipal de Campina Grande (PMCG) e Aluna especial da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande – PB.

Davydson Gouveia Santos - Professor de Unidade de Terapia Intensiva e Coordenador de Estágios do curso de Enfermagem da União de Ensino Superior de Campina Grande – UNESC e Docente da disciplina de Saúde Coletiva da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

Andréia de Oliveira Barros Sousa (Orientador) – Professor titular da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) e enfermeira do Hospital Universitário Alcides Carneiro de Campina Grande – PB (HUAC/CG)

Palavras-chave: Educação. Acidente. Saúde. Criança.

Resumo

Objetivamos por meio desse estudo identificar os principais tipos de acidentes ocorridos em uma escola estadual do município de Campina Grande – PB e avaliar o conhecimento dos professores a cerca da prevenção destes acidentes. Trata-se de um estudo foi exploratório-descritivo, do tipo transversal aleatório não probabilístico, com abordagem qualitativa, sendo a amostra composta de dezoito professores da educação infantil que concordaram voluntariamente participar da pesquisa e que atendiam os critérios de inclusão. Como resultados

percebemos que 56% dos professores entrevistados nunca receberam orientações de prevenção de acidentes com crianças, 78% já haviam presenciado algum tipo de acidente, sendo as quedas as injúrias que mais ocorreram (61%). Percebeu-se também que grande parcela dos entrevistados acredita ser possível prevenir os acidentes no ambiente escolar e as medidas que adotadas para diminuir a ocorrência dos acidentes esta relacionada a extinção dos intervalos entre as aulas e uma maior supervisão destas crianças por parte dos educadores. Concluímos que, torna-se de suma importância que as escolas tenham professores capacitados e preparados para agir tanto na prevenção como na intervenção e no cuidado a uma criança vítima de acidentes escolares, pois dessa forma não só a criança será beneficiada, como também todos os que direta ou indiretamente estão envolvidos com tal evento previsível e incluímos a importância da participação da equipe de saúde no processo de educação continuada desses profissionais da educação.

Introdução

As mudanças nos hábitos familiares com a inserção das mães no campo de trabalho tem contribuído para o aumento de acidentes escolares devido ao ingresso das crianças nas escolas em idade cada vez menor, e em alguns casos com um tempo de permanência maior.

O âmbito escolar é um espaço favorável a acidentes devido a um grande número de crianças que interagem através de atividades recreativas ou físicas. E nesse cenário, o professor é considerado o ator principal, já que ele assume todas as responsabilidades dos pais pelos filhos quando estes estão na escola.

Os acidentes podem ser classificados como lesões intencionais, representadas pelas agressões, homicídios, suicídios, privação ou negligência, e lesões não intencionais, que incluem os acidentes de transporte, afogamentos, quedas, queimaduras, dentre outros (MASCARENHAS et al, 2006).

Os acidentes e as agressões na faixa etária de 0 a 9 anos ocupam a quinta causa de mortalidade na infância, e dentre esses os acidentes de transporte (31,5%), afogamentos (22,7%), e os riscos a respiração (16,5%) se configuram como as principais causas de óbito. Já na faixa etária de 10 a 19 anos estão às violências (52,9%), seguidas pelos acidentes de transportes (25,9%) e afogamentos (9,0%) sendo também as principais causas de óbitos (BRASIL, 2008).

A Educação em Saúde é uma tarefa que depende da habilidade e da competência dos profissionais na orientação e no ensino da promoção da saúde, na restauração da saúde, na prevenção de doenças e na privação da exposição a fatores de riscos. Entretanto, essa tarefa está sob a responsabilidade de uma equipe multiprofissional (FIGUEIREDO, 2008).

Diante do exposto, tivemos como objetivo identificar os principais tipos de acidentes ocorridos em uma escola estadual do município de Campina Grande – PB e avaliar o conhecimento dos professores a cerca da prevenção destes acidentes.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, do tipo transversal aleatório não probabilístico, com predominância da abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada na Escola Estadual de Ensino Fundamental Antônio Vicente, localizada na Rua Silva Jardim, no bairro de José Pinheiro, nº 1196. O Universo da pesquisa foi constituído pelos professores lotados na Escola Estadual de Ensino Fundamental Antônio Vicente sendo a amostra composta pelos dezoito professores que concordaram voluntariamente em participar do estudo foram incluídos na pesquisa os professores que ministram aulas na escola objeto de estudo, de qualquer faixa etária, de ambos os gêneros, que não estavam de licença médica ou férias e que se disponibilizaram voluntariamente a responder o roteiro de entrevista, foram excluídos da pesquisa, aqueles que não quiseram responder ao questionário e que não atenderam aos critérios de inclusão. Após a apreciação e aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa do CESED/FCM, realizamos a coleta dos dados através de uma entrevista, as mesmas foram gravadas e transcritas na íntegra pelos pesquisadores com o consentimento do entrevistado após assinatura do consentimento livre e esclarecido. Os dados foram analisados individualmente sendo os dados agrupados e categorizados pela técnica de análise de conteúdo de Bardin (1977). Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, o estudo segue as recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, expresso na Resolução 196/96 (Conselho Nacional de Saúde).

Resultados e Discussão

A escola é um lugar propício a acidentes devido ao grande número de crianças que interagem das mais diversas formas e sendo esta clientela, caracterizada por sua agilidade, inquietude, curiosidade e imaturidade. Grande parte dos professores, que direcionam a maior parte do seu tempo para educar e cuidar do infantil, já presenciou algum tipo de acidente com o escolar como afirma Sena (2006).

Os dados encontrados neste estudo corroboram com as afirmações do autor supracitado, confirmando mais uma vez a necessidade de preparar os docentes a agir da melhor forma no momento de assistir alguma criança vítima de alguma injúria.

Foi encontrado que 78% dos entrevistados já haviam presenciado algum tipo de acidente e apenas 22% não havia presenciado. Esse dado poderia ser justificado pela longa permanência diária dos professores com a criança.

A urbanização trouxe muitas mudanças de cunho social, que passaram a atingir não só a estrutura familiar, mas a própria vida da mulher, que passou a trabalhar fora de casa para contribuir com o sustento da família, tendo que deixar seus filhos precocemente na escola, por no mínimo um turno, aos cuidados do professor, que acaba exercendo, além da função de educar, as responsabilidades de suprir as necessidades das crianças que estão sob os seus cuidados (MARCILIO, 1993).

Os entrevistados foram questionados em relação aos acidentes de maior frequência ocorridos na escola em que trabalham.

Percebe-se que as quedas (61%) e os ferimentos (33%) ocuparam destaque nos acidentes referidos pelos docentes, seguidos pelas fraturas (22%) e pelos desmaios (11%).

De acordo com uma pesquisa realizada pela Secretaria de Vigilância a Saúde, em setembro de 2006 as quedas representaram 35% do total de ocorrências entre acidentes e violências e foram responsáveis por 127.470 óbitos e 755.826 hospitalizações (BRASIL, 2008).

Os ferimentos tipo cortes, ferimentos perfurantes e as lacerações, também fazem parte dos acidentes por causas externas e acredita-se que estes fatos estejam relacionados com a falta de habilidade motora para manusear objetos e utensílios perfuro-cortantes, como também pelo fato das crianças estarem mais próximas dos fatores de riscos como, por exemplo, as quinas pontiagudas das mesas dos professores (FILÓCOMO et al., 2002).

As fraturas também estão incluídas nos acidentes por traumas. Elas podem ser de natureza aberta (ou exposta) ou fechada. O mecanismo de trauma mais comumente encontrado em crianças é predominantemente fechado, sendo freqüente o acometimento de vários órgãos simultaneamente (SILVA, 2012).

Dentre os dezoito professores entrevistados dez (56%) disseram nunca ter recebido nenhuma orientação de como trabalhar a prevenção de acidentes com crianças e oito (44%) disseram ter recebido orientações sobre prevenção de acidentes com crianças. Dos que disseram ter recebido algum tipo de orientação, uma (12,5%) disse que foi através da televisão, quatro (50%) disseram que foi através de palestras realizadas na escola e três (37,5%) disseram que fizeram curso de primeiros socorros.

A falta de conhecimento por parte dos professores tem como consequência, além do estado de pânico ao ver o acidentado e da manipulação incorreta da vítima, a solicitação excessiva e às vezes desnecessária dos serviços de socorros especializados em emergência (FIORUC; MOLINA; JUNIOR; LIMA, 2008).

Foi questionado ainda aos docentes que acreditam que os acidentes podem evitados: “COMO AS ACIDENTES PODEM SER EVITADOS?”. Diante das respostas dos entrevistados elaboraram-se as seguintes categorias: I: Acabando com os intervalos, II: Através da educação domiciliar e III: Supervisionando as crianças.

Categoria I: Acabando com o intervalo

O intervalo é uma pausa dada entre as aulas que serve tanto para o aluno se alimentar como para brincar. As crianças são, por natureza, ativas, inquietas, desatentas e cheias de energia e acabam fazendo da hora do intervalo o momento de extravasar essa energia através de brincadeiras que muitas vezes, devido às demais características das crianças citadas anteriormente, tornam-se o agente causal de acidentes no ambiente escolar. Esse procedimento pode ser observado nos relatos dos professores entrevistados.

A gente tirou o intervalo e isso evitou muito. (Entrevistado 3).

Os acidentes aconteciam mais na hora do intervalo, daí a diretora resolveu acabar com o recreio dando só tempo deles lancharem [...] isso evitou o corre, corre. (Entrevistado 18).

Dos discursos de alguns professores foi possível concluir que, para eles, a principal maneira de evitar os acidentes é acabando com os intervalos, dando à criança apenas o espaço para que elas possam se alimentar, voltando em seguida para as salas de aula.

Numa pesquisa realizada com os diretores das escolas do município de Marília, no interior de São Paulo, foi quase unânime o local de ocorrência de acidentes apontado pelos diretores; o pátio da escola, onde as crianças correm na hora do intervalo (CARVALHO, 2008).

Categoria II: Através da educação domiciliar

Os pais são os primeiros responsáveis em manter a integridade da criança e proporcionar um ambiente saudável e seguro para o seu crescimento, além de serem responsáveis, principalmente, pela formação do caráter da criança.

Ave Maria, eles não respeitam ninguém [...] não pára quieto um só minuto [...] eles não têm educação domiciliar, aí quando chega aqui já viu né? (Entrevistado 2).

[...] mas muito vai dos pais, porque em casa eles fazem o que querem e acham que na escola é do jeito de casa [...] agora mesmo um ia caindo da escada. (Entrevistado 13)

Para alguns professores a educação infantil começa em casa, quando os pais começam a impor limites e a dialogar com os filhos a respeito do comportamento de risco apresentados por esses. Por outro lado, as crianças acabam reproduzindo na escola muito do que vivem e fazem casa. Para recompensar a ausência em casa, muitos pais realizam todas as vontades dos seus filhos, transformando-os em crianças imprudentes e desobedientes, e esse comportamento, quando trazido para escola, pode funcionar como um ímã para a ocorrência de acidentes

Categoria III: Supervisionando as crianças

Para Veríssimo e Fonseca (2003) supervisionar está dentro das necessidades das crianças, juntamente com ensinar e orientar. Observemos os discursos abaixo:

[...] agora pra que isso aconteça tem que ter uma equipe responsável pela supervisão, pra ter uma recreação dirigida. (Entrevistado 5).

Para que esses acidentes não aconteça as crianças precisam ser supervisionadas, porque é como você sabe, criança não pára. (Entrevistado 9).

É preciso ter uma equipe voltada especialmente para a supervisão das crianças. (Entrevista 17).

Pode ser notado nas falas dos professores que, para eles, a supervisão funciona como um cuidado mais rigoroso, onde a criança é monitorada durante o tempo em que está na escola. E quando eles falam em ter uma equipe especialmente voltada para a supervisão, dão a entender que essa supervisão deva acontecer em todas as áreas da escola; no intervalo, na aula de educação física, na entrada e na saída da escola.

Segundo Liberal *et al* (2005) várias medidas foram adotadas nas escolas estaduais de Mendonza (Argentina) e dentro dessas alterações estão as mudanças de horários do recreio, separando as crianças maiores das menores, a implementação de jogos dirigidos como dama, xadrez, jogo de carta na hora do intervalo e todas essas medidas que ajudam na prevenção dos acidentes e da violência fazem parte do trabalho de supervisão das crianças nas escolas.

Conclusão

O presente estudo objetivou identificar os principais tipos de acidentes ocorridos em uma escola estadual do município de Campina Grande – PB e avaliar o conhecimento dos professores a cerca da prevenção destes acidentes

Como resultados, percebemos que grande parte dos professores entrevistados (56%) nunca receberam orientações de prevenção de acidentes com crianças, o que de certa forma, torna a criança mais susceptível ao acidente, já que, para este ser evitado, é preciso que os cuidadores tenham o mínimo conhecimento possível para conseguir identificar situações e locais de riscos.

Podemos destacar ainda que os principais acidentes na escola são as quedas, ferimentos, seguidos de fraturas e desmaios. Outro ponto que chama atenção é que a maior parte dos educadores acreditam que os acidentes são eventos evitáveis, o que ajuda a quebrar aquele conceito remoto de que acidentes são fatalidades. Tal conceito muitas vezes acaba contribuindo com a ocorrência da injúria, pois se o acidente é um evento imprevisível, logo a observância e a identificação dos fatores de risco não surtiriam efeitos preveníveis e o acidente certamente terminará por ocorrer.

Por fim, diante de todos os conhecimentos e sentimentos expressos neste trabalho, concordamos com a necessidade citada em outros estudos, da implantação de uma Política Pública de Saúde vinculada ao MEC, que determine a sistematização de estratégias e ações

preventivas que capacitem os professores a identificar situações de riscos, bem como de intervir de maneira adequada no socorro a criança que sofra algum tipo de acidente no ambiente da escola.

Referências

ABRAMOVICI, S; CARDOSO, M. P; STEINMAM, M. Abordagem inicial do politraumatizado. In: KNOBEL, E. Terapia Intensiva. Pediatria e Neonatologia. São Paulo: Atheneu, 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1. ed. Lisboa: Edições 70, 1977.

CARVALHO, F. F. acidentes Infantis: relatos de diretores e professores de ensino fundamental e análise do material didático. São Paulo: Marília, 2008. Disponível em <http://www.marilia.unesp.br/home/pos-graduacao/educacao/dissertacoes/carvalho_ff_me_mar.pdf> Acesso em 02 Maio de 2014.

MASCARENHAS, M. D. M. *et al.* Atendimentos de Emergência por Acidentes na Rede de Vigilância de Violência e Acidentes – Brasil, 2006. Disponível em< http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/VIVA2006_Rev_Cienc_Saude_Col_2008.pdf > Acesso em 02 de Abril de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Impacto da Violência na Saúde das Crianças e Adolescentes** – Brasília, DF, 2008. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_impacto_violencia.pdf> Acesso em 04 de abril de 2014.

FIGUEIREDO, N. M. A. Ensinando a Cuidar em Saúde pública: Práticas de Enfermagem, 1ª ed. São Paulo: Yendis, 2008.

FILOCOMO, F. R. F. et al. Estudo dos Acidentes na Infância em um Pronto Socorro Pediátrico. **Revista Latino-am Enfermagem**. V. 10, n. 1, p. 41-47, jan./fev. 2002. Disponível em <<http://www.criancasegura.org.br/downloads/pesquisa/Artigo%207.pdf>> Acesso em 22 Abril de 2014.

FIORUC, B. E. et al. Educação em Saúde: abordando primeiros socorros em escolas publicas no interior de São Paulo. **Revista Eletrônica Enfermagem**. V. 10, n. 3, p. 695-702, São Paulo: 2008. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/pdf/v10n3a15.pdf>> Acesso em 20 set. 2009.

SENA. S. P. A Representação Social dos Acidentes Escolares por Educadores em Escola de 1º a 4º série do ensino Fundamental. Disponível em: http://www.medicina.ufmg.br/cpg/ped/teses_dissert/2006_mestrado_soraia_sena.pdf. Acesso em 13 de Abril de 2014.

MARCÍLIO, M. L. (Org.). Família, Mulher, Sexualidade e Igreja na História do Brasil. São Paulo: Edições Loyola ,1993

VERÍSSIMO, M. L.O. R; FONSECA, R. M. G. S. O Cuidado da Criança segundo Trabalhadoras de Creches. Revista latino-am Enfermagem. V. 11, n. 1. p. 28-35, jan./fev. 2003. Disponível em <http://www.oei.es/inicial/articulos/cuidado_crianca.pdf> Acesso em 03 de Maio de 2014.

PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL

Suzanne Vieira Saintrain¹, Maria Vieira de Lima Saintrain², Geraldo Bezerra da Silva Junior³, José Iran Oliveira das Chagas Júnior⁴.

1. Universidade de Fortaleza. E-mail: suzannevieira@hotmail.com

2. Universidade de Fortaleza.

3. Universidade de Fortaleza.

4. Universidade de Fortaleza.

Palavras-chave: Mortalidade materna. Obstétrica. Eclampsia.

Resumo

A mortalidade materna constitui-se em grave violação dos direitos reprodutivos da mulher, visto que, grande parte dos óbitos maternos é evitável, desde que se ofereça assistência pré-natal de qualidade, possibilitando a identificação precoce dos fatores de risco. O Brasil reduziu sua taxa de mortes maternas em 43% desde 1990, porém existe ainda a necessidade de revisar estratégias para concentrar esforços nas áreas que apresentam maior mortalidade materna. Em 2011, a razão de mortalidade materna no Brasil foi de 63,9 mortes por 100.000 nascidos vivos, sendo considerada alta. As causas obstétricas diretas ocorrem por complicações obstétricas na gravidez, parto e puerpério, devidas a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. As causas de mortalidade materna, embora controláveis e evitáveis, constituem um grave problema de saúde pública que atinge um significativo número de mulheres. O presente estudo teve como objetivo identificar as principais causas obstétricas de mortalidade materna no Brasil. Foi realizada pesquisa bibliográfica nas principais bases de dados (PubMed, Bireme e Scielo) para a busca de artigos contendo dados sobre as causas de mortalidade materna no Brasil nos últimos 10 anos. As principais causas obstétricas de mortalidade

materna no país são as síndromes hipertensivas, os quadros hemorrágicos e as sepSES. A hipertensão arterial é a causa de morte materna mais frequente no Brasil e responsável por 23% das mortes maternas diretas. Conclui-se que as síndromes hipertensivas relacionadas com a gestação merecem destaque por serem específicas e principais responsáveis pelas taxas de morbimortalidade materna.

Introdução

A morte materna ocorre durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término desta, independente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com a gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devidas a causas acidentais ou incidentais (OMS, 2000).

Há estreita relação entre os índices de mortalidade materna e desenvolvimento social, econômico e cultural de uma região. A mortalidade materna constitui-se em grave violação dos direitos reprodutivos da mulher, visto que, grande parte dos óbitos maternos é evitável, desde que se ofereça assistência pré-natal de qualidade, possibilitando a identificação precoce dos fatores de risco (AMARAL, PERAÇOLI, 2011).

A maioria dos óbitos maternos poderiam ser evitados se as condições de saúde locais fossem semelhantes àsquelas dos países desenvolvidos, com acesso a serviços de referência de qualidade (REIS, PEPE, CAETANO, 2011; SOARES et al, 2009; MORSE et al, 2011).

O Brasil conquistou avanços significativos na redução de mortes relacionadas à gravidez ou parto de 1990 a 2013, reduzindo sua taxa de mortes maternas em 43% desde a década de 90 (SAY et al, 2014). Apesar desse progresso, identificou-se a necessidade de revisar estratégias de ação para concentrar esforços nas áreas que apresentam maior mortalidade materna, pois o Brasil deverá apresentar uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) igual ou inferior a 35 óbitos por 100 000 nascidos vivos até 2015 a fim de alcançar o quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM 5), estabelecido pela Organização das Nações Unidas (ONU) (VICTORA et al, 2011; BRASIL, 2010).

Em 2010, uma avaliação abrangente das tendências globais em mortalidade materna sugeriu que a RMM diminuiu em 1,3% por ano, desde 1990 (HOGAN et al, 2010). Os doadores, parceiros globais de saúde e gestores de programas nacionais são compreensivelmente frustrados com os grandes intervalos incertos e a variabilidade das estimativas de diferentes analistas (HOUNTON et al, 2013).

Segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) (OMS, 2000) são consideradas causas obstétricas diretas aquelas que ocorrem por complicações obstétricas na gravidez, parto e puerpério, devidas a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. As causas obstétricas indiretas são aquelas resultantes de doenças existentes antes da gravidez ou de doenças que se desenvolveram durante a gravidez, não devida a causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez. Os óbitos considerados como morte obstétrica não especificada devem ser relacionados à parte, no entanto essas mortes entram para o cálculo da Razão da Mortalidade Materna (RMM). Já a morte materna tardia é a morte de uma mulher por causas obstétricas diretas ou indiretas que ocorre acima de 42 dias do parto até um ano. E as mortes maternas não obstétricas são aquelas resultantes de causas incidentais ou acidentais não relacionadas com a gravidez e seu manuseio. As causas tardias e não obstétricas não são incluídas no cálculo da razão da mortalidade materna.

As causas de mortalidade materna, embora controláveis e evitáveis, constituem um grave problema de saúde que ainda atinge um significativo número de mulheres. O presente estudo teve como objetivo identificar as principais causas obstétricas diretas de mortalidade materna no Brasil.

Metodologia

Foi realizada pesquisa bibliográfica nas principais bases de dados (PubMed, Bireme e Scielo) para a busca de artigos contendo dados sobre as causas de mortalidade materna no Brasil. As palavras-chave utilizadas foram “*maternal mortality*”, “*causes*”, “*Brazil*”. Foram incluídos nos resultados os dados sobre as causas de mortalidade materna nos últimos 10 anos, tendo a análise dos dados caráter quantitativo.

Resultados e Discussão

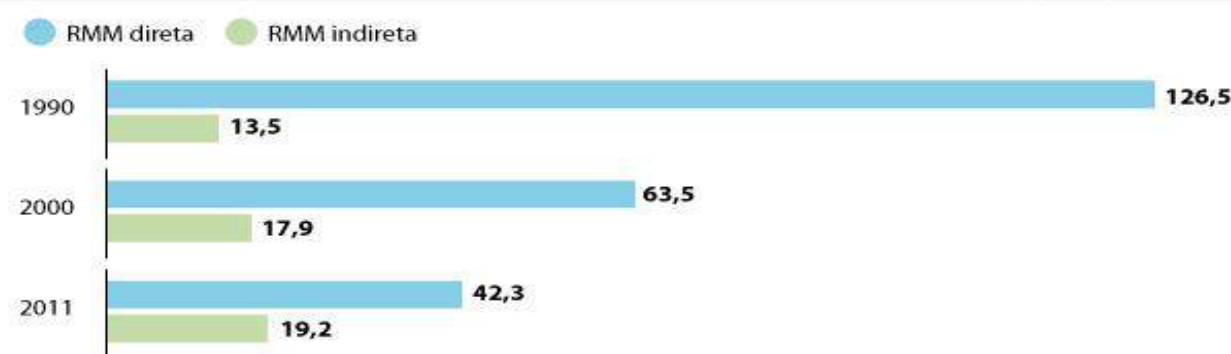
No Brasil, em 2011, a razão de mortalidade materna foi de 63,9 mortes por 100 000 nascidos vivos, sendo considerada alta. Considera-se aceitável o índice de até 20 mortes maternas para cada 100 000 nascidos vivos, considerado baixo menos de 20 óbitos, entre 20 e 49 mortes o índice é considerado médio, entre 50 e 149 mortes é alto e, acima de 150 mortes muito alto (OMS, 2000).

Apesar das mortes de mães terem diminuído de 142 para cada 100 mil nascidos vivos, em 1990, para aproximadamente 64 mortes, em 2011, a taxa de mortalidade materna não chegará a 35, em 2015, como estipulado pela ONU. Em países desenvolvidos como o Canadá, por exemplo, são registrados oito mortes a cada 100 000 nascidos vivos. É importante lembrar que entre 80 e 90% dessas mortes poderiam ser evitadas.

De acordo com Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento (2014), o gráfico 1 demonstra que a RMM segundo grupo de causas obstétricas diretas e indiretas tem se reduzido de forma acentuada no Brasil no período de 1990, 2000 e 2011. A incidência das causas obstétricas diretas saiu de mais de 126 mortes por 100 mil nascidos vivos em 1990 para menos de 43 mortes por 100 mil nascidos vivos em 2011, uma redução de quase 67% em 21 anos, o que dá um declínio médio anual de quase 5,1%. Ao analisar a mortalidade materna segundo causas específicas de óbito, observa-se queda substancial na RMM em decorrência de todas as principais causas de morte materna. A exceção refere-se à mortalidade por doenças do aparelho circulatório complicando a gravidez, o parto ou o puerpério, que sofreu um ligeiro aumento entre 2000 e 2011.

GRÁFICO 1:

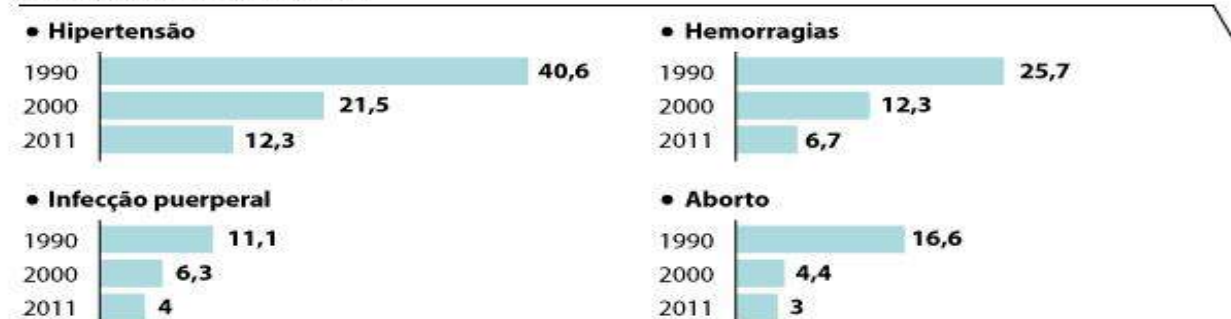
MORTALIDADE MATERNA SEGUNDO GRUPO DE CAUSAS OBSTÉTRICAS DIRETAS E INDIRETAS (em %)



MORTALIDADE MATERNA SEGUNDO CAUSAS ESPECÍFICAS DE ÓBITO (em %)

Número de óbitos por 100 mil nascidos vivos

CAUSAS OBSTÉTRICAS DIRETAS



CAUSAS OBSTÉTRICAS INDIRETAS



FONTE: Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento (Maio/2014).

As principais causas obstétricas de mortalidade materna no país são as síndromes hipertensivas (pré-eclâmpsia leve e grave, hipertensão prévia à gravidez e hipertensão prévia e pré-eclâmpsia sobreposta), os quadros hemorrágicos e a sepse de causa obstétrica (TOGAL et al, 2010; AMORIM et al, 2008; CROZIER, WALLACE, 2011). Dentre as não-obstétricas, destacam-se a disfunção respiratória, as doenças cardiovasculares, o abuso de drogas lícitas/ilícitas e o trauma (CARTIN-CEBA et al, 2008).

De acordo com Boyaciyan et al (1998) e Khan et al (2006), a hipertensão arterial é a causa de morte materna mais frequente no Brasil e, segundo Victora et al (2011), responsável por 23% das mortes maternas diretas. Este cenário já deveria ter mudado, pois existem intervenções que comprovadamente reduzem o número de mortes maternas decorrentes dessas complicações obstétricas, como a melhora dos níveis sócio-econômicos e a introdução de meios tecnológicos na assistência obstétrica, na assistência anestésica e, no diagnóstico precoce e adequado das complicações obstétricas (AMARAL, PERAÇOLI, 2011).

O estudo de Laurenti, Jorge, Gotlieb (2004) apontou que, nas capitais brasileiras, os transtornos hipertensivos lideram as causas deste tipo de morte, representando em torno de 25% dos óbitos maternos investigados.

Amaral e Peraçoli (2011) relatam em seus estudos que as síndromes hipertensivas relacionadas com a gestação, a pré-eclâmpsia (PE) como manifestação isolada ou sobreposta à hipertensão arterial crônica, merece destaque por ser específica da gestação e a principal responsável pelas taxas de morbimortalidade materna e perinatal.

A hipertensão arterial gestacional surge, em geral, na segunda metade da gestação, normalmente após a 20ª semana. Pode ser precedida por edema visível ou oculto, revelado pelo aumento brusco do peso corporal e, ainda, por proteinúria e elevação da pressão arterial, além de 140/90 mmHg ou o aumento de 30 mmHg para a pressão sistólica e de 15 mmHg para a diastólica. (SIBAI, 2005).

Soares et al (2009), enfatizam a importância em insistir no detalhamento de cada óbito, reconhecer seus determinantes, de forma que suas análises permitam a reorganização de ações sociais e em saúde visando à superação da problemática responsável pela morte de mulheres em decorrência da gravidez, parto ou puerpério.

Conclusão

Conclui-se no presente estudo que as principais causas obstétricas de mortalidade materna no Brasil são as síndromes hipertensivas (pré-eclâmpsia leve e grave, hipertensão prévia à gravidez e hipertensão prévia e pré-eclâmpsia sobreposta), os quadros hemorrágicos e a sepse de causa obstétrica, sendo a hipertensão arterial gestacional a mais frequente e líder como causa de morte materna no país.

Referências

- AMARAL W.T.; PERAÇOLI J.C. Fatores de risco relacionados à pré-eclâmpsia. **Com. Ciências Saúde**. Brasília, v. 22, p. 153-160, 2011.
- AMORIM M.M.R.; KATZ L; VALENÇA M; ARAÚJO D.E. Morbidade materna grave em UTI obstétrica no Recife, região nordeste do Brasil. **Rev Assoc Med Bras**. São Paulo, v. 54, n. 3, p. 261-266, mai/jun, 2008.
- BOYACIYAN K.; FERRIGNO M.P.A; VEGA C.E.P.; ANTONINI B.S.; LUIZ C.P. Mortalidade materna na cidade de São Paulo de 1993 a 1995. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. Rio de Janeiro, v. 20, p. 13-18, 1998.
- BRASIL. Presidência da República. **Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento**. Brasília (DF): IPEA; 2010 [citado 2012 Set 7]. Disponível em: <<http://mds.gov.br/bolsafamilia/arquivos/relatorio-nacional-de-acompanhamento.pdf/download>>. Acesso em 14 de julho de 2014.
- BRASIL. Presidência da República. **Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento**. Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; Supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. Brasília (DF): IPEA: MP, SPI, 2014. 208 p.

CARTIN-CEBA R.; GAJIC O.; IYER V.N.; VLAHAKIS N.E. Fetal outcomes of critically ill pregnant women admitted to the intensive care unit for nonobstetric causes. **Crit Care Med**. Rochester, v. 36, n. 10, p. 2746-2751, out, 2008.

CROZIER T.M.; WALLACE E.M. Obstetric admissions to an integrated general intensive care unit in a quaternary maternity facility. **Aust N Z J Obstet Gynaecol**. [S.l.], v. 51, n. 3, p. 233-238, jun, 2011.

HOGAN M.C.; FOREMAN K.J.; NAGHAVI M. et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *The Lancet*. [S.l.], v. 375, n. 9726, p. 1609-1623, maio, 2010.

HOUNTON S.; DE BERNIS L.; HUSSEIN J. et al. Towards elimination of maternal deaths: maternal deaths surveillance and response. *Reprod Health*. [S.l.], v. 10, n. 1, p. 1-8, 2010.

KHAN K.S; WOJDYLA D; SAY L; GÜLMEZOĞLU A.M.; VAN LOOK P.F.A. Who analysis of causes of maternal death: a systematic review. **The Lancet**. [S.l.], v. 367, n. 9516, p. 1066-74, abril, 2006.

LAURENTI R; JORGE M.H.P.M.; GOTLIEB S.L.D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Rev Bras Epidemiol**. São Paulo, v. 7, n. 4, p. 449-60, 2004.

MORSE M.L.; FONSECA S.C.; BARBOSA M.D.; CALIL M.B.; EYER F.P.C. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 623-638, abr, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. Décima Revisão (CID-10). 8. ed. São Paulo: Edusp, 2000.

REIS L.G.C.; PEPE V.L.E.; CAETANO R. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1139-1160, 2011.

SAY L.; CHOU D.; GEMMILL A.; TUNÇALP O.; MOLLER A.B.; DANIELS J.; GÜLMEZOĞLU A.M.; TEMMERMAN M.; ALKEMA L. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. **The Lancet Global Health**. Geneva, [v. 2, n. 6](#), p. 323-333, jun, 2014.

SIBAI B. Diagnosis, prevention, and management of eclampsia. **Obstet Gynecol**. [S.l.], v. 105, n. 2, p. 402-10, fev, 2005.

SOARES V.M.N.; SOUZA K.V.; FREYGANG T.C.; CORREA V.; SAITO M.R. Mortalidade materna por pré-eclâmpsia/eclâmpsia em um estado do Sul do Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet**. Rio de Janeiro, v. 31, n. 11, p. 566-573, nov, 2009

TOGAL T.; YUCEL N.; GEDIK E.; GULHAS N.; TOPRAK H.I.; ERSOY M.O. Obstetric admissions to the intensive care unit in a tertiary referral hospital. **J Crit Care**. [S.l.], v. 25, p. 628-633, 2010.

VICTORA C.G.; AQUINO E.M.; LEAL M.C; MONTEIRO C.A.; BARROS F.C.; SZWARCOWALD C.L. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **The Lancet**. [S.l.], v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, mai, 2011.

Agradecimentos

À Deus, minha família e aos meus orientadores do Mestrado de Saúde Coletiva da UNIFOR

PRINCIPAIS CAUSAS DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO ENTRE MULHERES

Maira Pereira Sampaio- Faculdade de Ciências Aplicadas Doutor Leão Sampaio. sampaioaira@yahoo.com.br

Aline Carlos de Freitas- Faculdade de Juazeiro do Norte

Cícera Luciana da Silva Sobreira - Faculdade de Ciências Aplicadas Doutor Leão Sampaio

Alessandro Adamo- Faculdade de Juazeiro do Norte

Palavras-chave: Etiologia do câncer uterino. Exame Papanicolau. Enfermagem na neoplasia uterina.

Resumo

O câncer de colo do útero se configura como sendo um importante problema na saúde pública no Brasil, isso se deve a sua alta incidência e prevalência principalmente em populações mais carentes. Este trabalho tem como objetivo geral conhecer, através da literatura, as principais causas do câncer do colo do útero entre mulheres, além de identificar a importância do profissional de enfermagem no restabelecimento da saúde da cliente acometida. Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, de caráter descritivo, em que foram analisados artigos publicados em bases de dados de sites confiáveis como SCIELO, LILACS e na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e que tinham como tema central a neoplasia do colo uterino. Como resultado desse estudo verifica-se que o câncer do colo do útero

representa uma neoplasia maligna pélvica, mais comum entre mulheres brasileiras, que, no entanto pode ser evitado se detectado e tratado com medidas simples e de baixo custo. Conclui-se desta forma que apesar da existência de exames simples e de baixo custo como o papanicolau ainda evidencia-se taxas de incidência bastante elevadas da patologia, isso pode-se ser explicado devido a recusa em se realizar o exame por parte de algumas mulheres, devido aos mais variados motivos desde o medo da descoberta da patologia até a dificuldades estruturais e de locomoção, como falta de material, demora na marcação e na obtenção de resultados e dificuldade de transporte.

Introdução

Conforme Instituto Nacional do Câncer, INCA (2011), o câncer do colo de útero trata-se de anomalia epiteliais conhecida como neoplasia intraepitelial. Surge a partir de uma lesão precursora que pode ser tratada e curada NA grande maioria dos casos. Seus graus de relevância vão de I, II e III, sendo que muitas dessas lesões podem regredir espontaneamente e sua probabilidade de alastro só é maior dependendo do tratamento ou em casos que são detectados tardiamente. O câncer do colo do útero em mulheres com menos de 25anos é muito baixo e a maioria encontra-se no estágio I, o que torna o diagnóstico dessa patologia nessa população.

O câncer de colo do útero se configura como sendo um importante problema na saúde pública no Brasil, isso se deve a sua alta incidência e prevalência principalmente em populações mais carentes. Constitui-se como sendo, a segunda mais comum causa de morte no Brasil e ocorre mais frequentemente em mulheres a partir dos 25 anos, com relevância quase que insignificante em mulheres abaixo desta idade (INCA, 2011; CASARIN; PICCOLI , 2011; FONSECA *et al.*, 2010, p.387).

“Em 2005, de um total de 58 milhões de mortes ocorridas no mundo, o câncer foi responsável por 7,6 milhões (13%). Desse total, mais de 70% ocorreram em países de média ou baixa renda”. (FONSECA *et al.*, 2010, p.387).

Entre as principais causas para o desenvolvimento do câncer uterino, podemos citar a prática de atividade sexual de forma precoce, múltiplos parceiros sexuais, o tabagismo, o uso prolongado de contraceptivos orais, além da higiene íntima realizada de forma incorreta, sendo que o principal fator de risco para o desenvolvimento da patologia é a ocorrência de infecções pelo Papilomavírus Humano (HPV) (INCA, 2011; CRUZ; LOUREIRO, 2008).

Com o intuito de ser diagnosticar previamente a neoplasia uterina recomenda-se a realização do exame citopatológico ou papanicolau. Este exame se caracteriza por ser seguro, sensível e por ser de baixo custo que favorece sua realização (CRUZ; LOUREIRO, 2008, p.122).

A estratégia do exame citopatológico, em nosso país permite o rastreamento das lesões precursoras da neoplasia maligna, possibilitando desta forma a realização de um tratamento mais rápido e eficaz, além do acompanhamento da mulher acometida. Este é recomendado para mulheres com idade superior acima de 25 anos. Sendo de extrema importância no âmbito da atenção primária por obter significantes resultados na diminuição da mortalidade associada ao câncer do colo do útero (INCA, 2011).

O interesse pelo estudo surgiu devido a curiosidade de aprofundar mais sobre essa doença, em como se adquire, profilaxias e formas de tratamento. Portanto é importante nos aprofundar mais no assunto para que possamos comunicar a sociedade sobre como tomar as medidas adequadas de prevenção.

Este trabalho tem como objetivo geral conhecer, através da literatura, as principais causas do câncer do colo do útero entre mulheres, além de identificar a importância do profissional de enfermagem no restabelecimento da saúde da cliente acometida. Desta forma busca-se compreender melhor de que maneira o profissional de saúde, principalmente o de enfermagem deve agir no intuito de prevenir e tratar tal complicação.

Metodologia

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, de caráter descritivo, em que foram analisados artigos publicados em bases de dados de sites confiáveis como SCIELO, LILACS e na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e que tinham como tema central a neoplasia do colo uterino.

Para realização da análise e busca de materiais, o tema foi subdividido em tópicos, sendo eles: etiologia do câncer uterino, exame papanicolau e enfermagem na neoplasia uterina. Os artigos encontrados foram lidos e escolhidos aqueles que mais se relacionavam com o tema proposto, sendo descartados, portanto aqueles que não traziam informações relevantes sobre a temática.

De acordo com Silva e Menezes (2005) revisão sistemática da literatura consiste na reunião, pelo pesquisador, de todo material já exposto em relação ao tema de estudo. Já Barros e Lehfelo (2007) mencionam que a pesquisa descritiva é aquela que o pesquisador descreve seu objeto de estudo, sem interferir no mesmo.

Resultados e Discussão

Como resultado desse estudo verifica-se que o câncer do colo do útero representa uma neoplasia maligna pélvica, mais comum entre mulheres brasileiras, que, no entanto pode ser evitado se detectado e tratado com medidas simples e de baixo custo. Estudos

epidemiológicos indicam atualmente a infecção persistente pelo Papilomavírus Humano (HPV), como precursor biológico mais importante na Carcinogênese Cervical (INCA, 2011).

Esta Neoplasia ocorre entre mulheres de 25 á 59 anos, indicando 4.986 vítimas fatais no ano de 2010 e apresentando 17.540 novos casos em 2012, sendo á quarta causa de morte feminina por câncer do útero Brasil (INCA, 2011). Dessa forma procura-se alertar e informar a decorrência desta neoplasia, enfatizando assim a eficácia para o maior cuidado com si próprio.

Segundo Vale *et al*(2010) apesar do Brasil possuir um sistema de rastreamento do câncer do colo do útero não tem se observado redução dos valores da patologia, enfatiza desta forma que isso se deve a tendência do país em seguir as tendências mundiais e não ampliar a faixa etária de mulheres que devem realizar o exame. Faz-se necessário neste sentido uma ampliação da cobertura de mulheres que devem realizar o exame preventivo, incluindo neste exame mulheres com idade inferior a 25 anos.

O câncer do colo do útero é definido como sendo a replicação desordenada do epitélio que reveste o útero, o que ocasiona o comprometimento do tecido subjacente, o estroma, e que pode invadir órgãos e estruturas distantes (BRASL, 2013).

Em sua maioria as lesões ocasionadas pelo HPV apresentam-se como assintomáticas, com lesões subclínicas (ínaparentes) que são visíveis apenas através da utilização de reagentes, como o ácido acético e a solução de Lugol ou por meio de técnicas de magnificação (colposcopia) (BRASL, 2013).

Diversos fatores de risco podem ser citados para o surgimento da neoplasia, sendo que a maioria deles está associada a higiene corporal e hábitos de vida. Entre eles a multiplicidade de parceiros, histórico de infecções sexualmente transmissíveis, além de idade precoce na

primeira relação e multiparidade. Entretanto o principal agente causador da neoplasia é o Papilomavírus Humano (HPV) (CRUZ; LOUREIRO, 2008)

“A maioria dos casos apresenta evolução lenta, havendo fases pré-clínicas tanto detectáveis quanto curáveis, e o potencial de cura para o câncer de colo do útero chega a 100% quando é diagnosticado e tratado inicialmente ou em fases precursoras” (CRUZ; LOUREIRO, 2008)

O HPV é agrupado em 140 subtipos, sendo que estes são divididos de acordo com seu potencial oncogênico em: baixo risco (subtipos 06 e 11) e alto risco (subtipos 16 e 18). Além de serem agrupados também por suas características invasivas, afinidade por determinados tecidos (PASSOS *et. al*, 2008). Para Colatino (2010), os subtipos 16 e 18 são responsáveis por cerca de 70% dos casos de neoplasia uterina, sendo que o 16 é ainda mais frequente, diferentemente dos subtipos 6 e 11 que causam 90% dos condilomas genitais e algumas lesões de baixo risco no colo do útero.

“A infecção por HPV de alto risco, principalmente a infecção pelos tipos mais prevalentes, 16 e 18, representa atualmente o fator de risco mais importante na gênese do carcinoma de colo uterino.” (COLATINO, 2010).

Dessa forma identifica-se que os tipos do HPV 16 e 18 são os que evoluem para o desenvolvimento da Neoplasia Cervical, comparando com os demais tipos e que por esta razão merecem uma atenção especial pelos profissionais de saúde. A infecção pelo HPV pode ser assintomática na maioria dos casos, encontrando-se em estado de latência, porém o que determinará o surgimento de sinais e sintomas da doença é resposta imunológica do organismo afetado (PASSOS *et. al*, 2008).

“O desenvolvimento natural de um câncer invasivo do colo uterino poderá ser curto, em torno de dez anos, embora a média seja de 30 anos” (SOARES *et al*, 2010, p. 91).

O rastreamento do câncer do colo do útero caracteriza-se como sendo um processo complexo, que é realizado em múltiplas etapas, sendo elas: a aplicação do exame de rastreamento (papanicolau), a identificação dos casos positivos, a confirmação diagnóstica e tratamento (INCA, 2011).

Exame Citopatológico/Papanicolau

Para Instituto Nacional do Câncer (2011), as alterações das células que podem desencadear o câncer são descobertas facilmente através do exame conhecido como Papanicolau. É realizado a partir de uma amostra de células da superfície do colo do útero, que são processos de rastreamento, através do exame quando diagnosticado em fase inicial, as chances de cura é de 100%.

A realização do exame preventivo detectado precocemente obtém-se maiores chances de cura, minimizando seu desenvolvimento ao câncer cervical. A análise através do exame Papanicolau é caracterizada como método principal a identificação das lesões cervicais. No entanto é importante salientar que o exame Papanicolau fornece informações não somente acerca do câncer uterino, mas serve como parâmetro para avaliação sobre a saúde sexual da mulher, a correta higienização. O que favorece proporciona aos profissionais de saúde um conhecimento mais amplo acerca dos hábitos e estilo de vida da mulher e assim favorece uma orientação mais adequada e a promoção da saúde (RICO; IRIART, 2013).

De acordo com o INCA (2011), este exame deve ser realizado por todas as mulheres como vida sexual ativa ou não, no mínimo uma vez ao ano. Entretanto em caso de negatividade do exame por 03 anos consecutivos recomenda-se que o mesmo possa ser realizado trienalmente. “O exame, apesar de rotineiro, está longe de ser uma técnica neutra; pelo contrário, constitui uma prática inserida em um enquadramento moral de autorresponsabilidade e de obrigação para com outros/as.” (RICO; IRIART, 2013).

A estratégia do exame direciona-se especialmente as mulheres que mantêm relação sexual ativo, preferencialmente acima de 25 anos. A prática decorrente ao Papanicolau é acompanhado no intervalo de seis meses, que em casos de normalidades será feito anualmente, de acordo com sua constatação do diagnóstico caso não apresente nenhuma anormalidade localizada, o exame preventivo poderá ser realizado em períodos espaçados em cada três anos. É responsabilidade de o enfermeiro realizar a prevenção na atenção primária (INCA, 2011).

Correa *et al*. (2012), afirmam que a relação estabelecida entre a autopercepção da mulher acerca do câncer de colo de útero e a gravidade da doença são fatores que dificultam a realização do exame preventivo, além deste fatores relacionados aos estabelecimentos e serviços de saúde, entre eles a distancia até o local, a falta de material e a demora na marcação e nos resultados do exame se caracterizam como sendo fatores limitantes para realização do Papanicolau.

Portanto, este procedimento consiste na detecção precoce do vírus HPV, o que acarretará em benefícios a população feminina, na medida em que agilizará o processo de tratamento, evitando complicações decorrentes da evolução da Neoplasia Cervical, podendo assim privar o risco de uma mulher desenvolver o câncer do colo do útero e identificando outras patologias.

Atuação de enfermagem em relação a prevenção e o tratamento da Neoplasia Cervical

De acordo com Brasil (2013), para o controle do câncer do colo do útero faz-se necessário a melhoria dos serviços de saúde, além da promoção de informações. Neste sentido é preciso uma ampliação da cobertura dos serviços, que possa captar um número maior de mulheres e a promoção de mudanças no processo de trabalho, articulando-se os diversos setores e a sociedade no estímulo a prevenção da patologia.

São executadas na atenção primária ações para prevenção e controle do câncer do colo do útero, desde aquelas voltadas para a prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's), até as dirigidas para prevenção precoce do câncer. Dentre elas á

informação e o esclarecimento sobre o rastreamento do câncer, a solicitação populacional feminina na faixa etária prioritária, a identificação de mulheres com infecção e convocações para exames (INCA, 2011).

Nesse contexto a assistência da equipe de enfermagem no programa saúde da família (PSF) tem um papel importantíssimo na prevenção e detecção da neoplasia cervical, pois têm como função de sensibilizar as mulheres a realizarem o exame Papanicolau, tendo em vista a idade adequada das mesmas, através de programas educativos, identificando as mulheres que possam ser casos de riscos durante o acolhimento do exame ginecológico, orientando-a à frequentar o PSF mais vezes para um acompanhamento mais rigoroso e eficaz, sempre estar disponível no posto de saúde para dialogar e orientar o cliente .

É importante salientar que para que ocorra uma satisfatória atuação do profissional de enfermagem, faz-se necessário que o mesmo conheça a realidade da comunidade e onde atua tendo em vista que a prevenção está diretamente relacionada a fatores sociais, psicológicos e ambientais (MELO *e al.*, 2012).

O profissional de enfermagem deve estar ciente da importância do estabelecimento de um trabalho educativo consistente e permanente com o intuito de sensibilizar as mulheres a realizarem o Papanicolau assim que iniciarem sua vida sexual, além de fornecer informações sobre higienização e DST's, o que proporcionará a realização do tratamento da patologia em sua fase inicial, diminuindo desta forma a morbimortalidade associada a este tipo de neoplasia (MELO *e al.*, 2012; FRIGATO; HOGA, 2003).

Sendo assim, o profissional de enfermagem tem como principal função, apoiar emocionalmente o cliente nas seções de quimioterapia, esclarecendo suas dúvidas no tratamento e informando os possíveis efeitos adversos. Tendo em vista a importância da qualificação do enfermeiro em práticas e técnicas científicas para o desempenho de seu papel de forma adequada (INCA, 2011).

A atuação da equipe de enfermagem, diante de clientes acometidas pela neoplasia cervical é de extrema importância em virtude desse profissional passar mais tempo em contato com essas mulheres é possível a criação de vínculos, o que favorece a expressão de sentimentos e proporciona ao enfermeiro uma visão mais ampla das necessidades da cliente, contemplando desde os aspectos clínicos até os psicológicos, o que proporciona o estímulo e a esperança nessas mulheres, o que impactará no restabelecimento da saúde das mesmas.

Conclusão

Conclui-se desta forma que apesar da existência de exames simples e de baixo custo como o papanicolau ainda evidencia-se taxas de incidência bastante elevadas da patologia, isso pode-se ser explicado devido a recusa em se realizar o exame por parte de algumas mulheres, devido aos mais variados motivos desde o medo da descoberta da patologia até a dificuldades estruturais e de locomoção, como falta de material, demora na marcação e na obtenção de resultados e dificuldade de transporte.

Evidenciou-se também que a patologia está associada a diversos fatores como atividade sexual precoce, má higienização e a ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis, mas que o principal responsável pelo surgimento da neoplasia é o HPV, o que explica uma maior prevalência da doença em populações mais carentes e conseqüentemente, sem acesso a informações preventivas.

Neste sentido a atuação do profissional de enfermagem é de extrema importância, pois o mesmo deve estar capacitado na promoção das informações adequadas a essas comunidades, bem com na realização do estímulo a essas mulheres de realizarem o exame preventivo, informando-as da importância do mesmo para detecção precoce do câncer de colo do útero.

Referências

BARROS, A. J. S.; LEHFELO, N. A. S. A pesquisa e a iniciação científica. In: _____ **Fundamentos da metodologia científica**. 3 ed. São Paulo. Perason Prenhce Hall, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2º ed. Brasília. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_2013.pdf>. Acesso em: 02 de Jun. de 2014.

CASARIN, M.R; PICCOLI, J.C.E. Educação em Saúde para Prevenção do Câncer de Colo do Útero em Mulheres do Município de Santo Ângelo/RS. Ciência & Saúde Coletiva. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a29v16n9.pdf>>. Acesso em: 02 de Jun. de 2014.

CORREA, M.S *et al.* Cobertura e adequação do exame citopatológico de colo uterino em estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2012. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v28n12/05.pdf>>. Acesso em: 02 de Jun. de 2014.

COLATINO, P.L. HPV 16 e 18 e o desenvolvimento do câncer do colo uterino. Dissertação de mestrado. 2010. Disponível em: <<http://www.ccecursos.com.br/img/resumos/citologia/01.pdf>>. Acesso em: 02 de Jun. de 2014.

CRUZ, L. M. B; LOUREIRO, R.P. A Comunicação na Abordagem Preventiva do Câncer do Colo do Útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. **Saúde Soc**.2008. Disponível em: <<file:///C:/Users/Leo/Downloads/12.pdf>>. Acesso em: 02 de Jun. de 2014.

FRIGATO, S; HOGA, L.A.K. Assistência à mulher com câncer de colo uterino: o papel da Enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 2003. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_49/v04/pdf/ARTIGO1.pdf>. Acesso em: 02 de Jun. 2014.

FONSECA *et al.* Epidemiologia e impacto econômico do câncer de colo de útero no Estado de Roraima: a perspectiva do SUS. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n8/a05v32n8.pdf>>. Acesso em: 02 de Jun. de 2014.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2011. Disponível em: <http://www.portaldafenfermagem.com.br/downloads/Diretrizes_rastreamento_cancer_colo_uterio.pdf>. Acesso em: 02 de Jun. de 2014.

MELO, M.C.S.C *et al.* O Enfermeiro na Prevenção do Câncer do Colo do Útero: o Cotidiano da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 2012. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_58/v03/pdf/08_artigo_enfermeiro_prevencao_cancer_colo_uterio_cotidiano_atencao_primaria.pdf>. Acesso em: 02 de Jun. 2014.

PASSOS, M.R.L *et al.* Papilomavírose humana em genital, parte i. **J. bras Doenças Sex. Transm**. 2008. Disponível em: <<http://www.dst.uff.br/revista20-2-2008/7.pdf>>. Acesso em: 02 de Jun. 2014.

RICO, A.M; IRIART, J.A.B. "Tem mulher, tem preventivo": sentidos das práticas preventivas do câncer do colo do útero entre mulheres de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n9/a16v29n9.pdf>>. Acesso em: 02 de Jun. de 2014.

SILVA, E.L; MENEZES, E.M. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação**. 4^a ed.. Florianópolis: UFSC, 2005.

SOARES, M.C *et al.* Câncer de colo uterino: caracterização das mulheres em um município do sul do Brasil. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a14>>. Acesso em: 02 de Jun. 2014.

VALE, D.B.A.P *et al.* Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n2/17.pdf>>. Acesso em: 02 de Jun. 2014.

Agradecimentos

À Deus que nos iluminou e permitiu a conclusão deste trabalho e aos meus mestres, que mostram a cada dia o prazer de se caminhar rumo ao conhecimento.

PRINCIPAIS INTERNAÇÕES POR AGRAVOS EM MULHERES NA IDADE CLIMATÉRICA

Autor 1 Rosângela Cruz de Oliveira – Universidade

Autor 2 Rosimery Cruz de Oliveira Dantas – Universidade Federal de Campina Grande/ Grupo GEPASH

Autor 3 Dilermando Simões Dantas – Médico Veterinário – Vigilância Sanitária

Autor 4 Ludhiana Lima de Lucena – Enfermeira

Autor 5 Jéssica Barreto Pereira - Universidade Federal de Campina Grande/ Grupo GEPASH

Palavras-chave: Climatério; Hospitalizações. Depressão.

Resumo

A população esta envelhecendo mais cedo, e isso significa que muitas mulheres entrarão no climatério, necessitando assim de profissionais habilitados e sensibilizados para atender as suas necessidades. O climatério é um período transicional, que ocorre entre 35

e 65 anos, culminando com o fim ciclo menstrual. A maioria das mulheres apresentam sinais e sintomas que variam de leve a muito intenso, fazendo parte desses depressão e ansiedade, que pode desencadear outros problemas. Objetivos: Investigar as principais interações por agravos relacionados ao climatério, com base na sintomatologia apresentada. Método: Trata-se de uma pesquisa de dados secundários, exploratória, de natureza quantitativa, com análise descritiva. Utilizou-se o banco de dados do DATASUS, no período de 2008 a 2012, tendo como variável o Estado da Paraíba. Para a análise foi utilizada estatística simples descritiva com proporção.Resultado: Constatou-se que os agravos mais frequentes no climatério foram: a depressão, atingido mulheres na faixa etária de 40-44 anos; hipertensão, acometendo as da faixa etária entre 60-64 anos; e a obesidade, com apenas 16 casos, sendo dois em 2009, dois em 2011, e doze no ano de 2012. A raça/cor que mais sofre com essas morbidades é a preta/parda. Conclusão: É Importante fortalecer a Atenção Primária a Saúde e sensibilizar os profissionais para o desenvolvimento de ações e orientações de medidas preventivas, da prática de uma escuta qualificada e do incentivo á prática regular de atividades físicas para mulheres no climatério, visando à saúde e a qualidade delas, bem como o tratamento dos agravos detectados.

Introdução

O climatério é um período transicional, onde a mulher tem a produção de estrogênio reduzida, ocorrendo no período dos 35 aos 65 anos (ZAMPIERI et al., 2009). É um processo fisiológico onde os folículos ovarianos se acabam e por consequência há a diminuição da secreção de estradiol, acontecendo assim o fim do ciclo menstrual, que ocorre em torno de 45 a 50 anos de idade. Os seus sintomas incluem insônia, irritabilidade, depressão, sudorese, palpitação, cefaléia, esquecimento, problemas urinários, estresse, além de transtornos como problemas familiares e sexuais (PITOMBEIRA et al., 2011; ARAÚJO et al.,2013). Por essas características muitas mulheres não sabe como enfrentá-lo, o que lhe causa temores e expectativas negativas (POLISSENI et al., 2009a). Araújo et al. (2013) destacam que essas alterações interferem na qualidade de vida das mulheres, e isso requer políticas públicas de saúde que a considere em todas as fases de sua vida, embora sendo um evento fisiológico, desponta como um problema de saúde pública. Por isso a assistência a mulher no climatério foi implementada dentro da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, já que a meia idade constitui uma etapa importante no processo de envelhecimento (POLONINI; RAPOSO; BRANDÃO, 2011). A saúde da mulher no climatério buscou incorporar as ações voltadas para esse grupo populacional às equipes da ESF, que para tanto conta com o Manual de Atenção Integral à Saúde da Mulher no Climatério/Menopausa, onde estão contidas as diretrizes que orientam os profissionais de saúde para uma atenção integral e humanizada, considerando as diversidades e especificidades das mulheres brasileiras (BRASIL, 2004). Independente da raça/cor, a maioria das mulheres vivenciará diversas alterações no climatério, o que faz dessa etapa da vida uma fase crítica de instabilidade emocional, causada pelo hipoestrogenismo, que impacta negativamente na qualidade de vida da mulher (BERLEZI et al., 2013). Diversos agravos podem se associar as alterações, dentre elas destaca-se a hipertensão, decorrente do aumento da idade e da diminuição do estrógeno que provocam alterações na vasoatividade arterial (BARBOSA; GUIMARÃES; SARAIVA, 2008). Além disso, destaca-se como fatores determinantes a faixa etária, nível socioeconômico, consumo de álcool, ingestão de sódio, estresse, diabete, obesidade, sedentarismo, tabagismo e dislipidemias (NASCIMENTO, 2010). No que se refere às mudanças psicológicas, a alteração do humor pode e depressão, caracterizada como um subtipo de transtorno afetivo, que pode ser único ou recorrente, apresentando sintomas psíquicos como fadiga e diminuição da capacidade de pensar, e comportamental como isolamento social (BERLEZI et al., 2013). Vários fatores contribuem para isso, como fatores biopsicossociais, medo de envelhecer, sentimento de inutilidade e ausência de afetividade (POLISSENI et al., 2009b). A depressão, leva à inatividade e esta por sua vez à obesidade, porém o aumento de peso não está relacionado apenas a falta de atividade, mas também a fatores biológicos, a convivência social e a cultura local. Sintomas climatéricos como nervosismo, ansiedade, necessidade de satisfação entre outros faz com que o ato de comer ocorra, muitas vezes, de forma impulsiva e incorreta (CONTE, 2013). No início do climatério as mulheres apresentam um aumento de peso considerável, o que eleva os riscos de morbidades, principalmente os cardiovasculares (GALLON; WENDER, 2012). Para ofertar uma melhor assistência a mulher na idade climatérica a abordagem multiprofissional é imprescindível. De Lorenzi et al.(2009) destacam que o acolhimento e a escuta qualificada, são os meios mais efetivos para sanar as dúvidas, queixas, anseios e medos vivenciados nesse período.

Metodologia

Estudo exploratório, de cunho epidemiológico, de base secundária, de abordagem quantitativa, com análise descritiva. Realizada por acesso ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, utilizando os dados do Estado da Paraíba, nos períodos de 2008 a 2012, do Sistema de Informação Hospitalar. A população estudada foi o registro de todas as mulheres internadas e a amostra todas as internações na faixa etária compreendida entre 35 e 65 anos, idade climatérica, por hipertensão arterial, depressão e obesidade, caracterizados como agravos relacionados ao climatério.

Os dados foram coletados no DataSUS/SIH, nas variáveis “informação de saúde”, “informações epidemiológicas e morbidade”, “geral, por local de residência”, “Estado da Paraíba”, “sexo”, “faixa etária”, “raça/cor”. Para análise dos dados foi utilizado estatística simples descritiva, tendo como Parâmetro a proporção e como medida de tendência central a média.

Resultados e Discussão

A obesidade, apesar de ser um agravo que tem apresentado um perfil crescente na população brasileira, tanto feminina como masculina, apresentou apenas 16 casos, sendo dois em 2009 e 2011, e doze no ano de 2012. Essa realidade difere um pouco do que a literatura preconiza, haja vista que, como Conte (2013) registra no Brasil a obesidade está mais presente nas mulheres que se encontram na fase climatérica.

Tabela: Distribuição do número de internações por depressão e hipertensão em mulheres com idade climatérica, no estado da Paraíba no período de 2008 a 2012.

Ano	2008	2009	2010	2011	2012
Variável					

	Faixa etária	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Depressão	35 a 39	31	23,1	24	17,8	30	19	37	26	38	22,6
	40 a 44	33	24,7	36	26,7	44	28	37	26	36	21,4
	45 a 49	31	23,1	33	24	27	17	36	25	49	29,2
	50 a 54	17	12,7	25	18,6	29	18,3	12	8,4	19	11,3
	55 a 59	19	14,2	10	7,7	17	10,7	9	6,3	15	9
	60 a 64	3	2,2	7	5,2	11	7	11	8	11	6,5
	Raça/cor										
	Branca	19	14,2	16	11,8	18	11,4	26	18,3	41	24,4
	Preta/Parda	115	85,8	119	88,2	140	88,6	116	81,7	127	75,6
	Amar/Indígena	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	134	100	135	100	158	100	142	100	168	100
Hipertensão	Faixa etária										
	35 a 39	22	5,2	35	6,2	30	6,4	27	10	13	6,7
	40 a 44	42	10	48	8,6	56	12	34	12,6	25	12,8
	45 a 49	54	12,9	93	16,6	78	16,7	41	15,1	36	18,5
	50 a 54	106	25,2	115	20,5	82	17,5	38	14,1	39	20
	55 a 59	86	20,5	126	22,4	109	23,3	60	22,2	42	21,5
	60 a 64	110	26,2	144	25,7	113	24,1	70	26	40	20,5
	Raça/cor										
	Branca	75	17,9	96	17,1	59	12,6	71	26,3	44	22,6
	Preta/Parda	334	79,5	462	82,4	408	87,2	195	72,2	151	77,4
	Amar/Indígena	11	2,6	3	0,5	1	0,21	4	1,5	0	0
	Total	134	100	135	100	158	100	142	100	168	100

Fonte: DataSUS

A tabela revela que a depressão vem., ano a ano aumentando o número de internações, mantendo um comportamento ascendente. Isso ventila a necessidade de um acompanhamento mais específico, com ênfase no aspecto psíquico e não apenas físico. O grupo etário mais prevalente foi o de < 50 anos, que caracteriza um grupo que está se conscientizando das suas fragilidades e das suas alterações corporais.

A depressão pode estar associada à diminuição do estrogênio, cuja carência provoca o surgimento de oscilações do humor, mas também a forma como são vividos e enfrentados esses momentos (SILVA et al., 2008). Estudos epidemiológicos norte-americanos evidenciam a depressão se instala a partir dos 35-44 anos, mas que há uma diminuição nos seus índices com o aumento da idade (GONÇALVES; FAGULHA; FERREIRA; 2005). A baixa incidência de internações por depressão em mulheres de 60-64 anos pode esta relacionada a forma como as mulheres encaram essa fase, Vaz e Gaspar (2011) afirmam que o desenvolvimento de hobbies e atividades de lazer, melhoram a qualidade de vida dos idosos.

A raça/cor preta/parda foi a mais prevalente tanto na depressão como na hipertensão, indicando um grupo, que socialmente responde por indicadores socioeconômicos inferiores ao branco, e por isso acessa menos os serviços de saúde e tem menos acesso aos recursos. Ribeiro et al. (2009) destacam que as pessoas de cor branca na sua maioria são os mais ricos, e os negros e índios estão nos estratos sociais onde há mais pobreza.

A raça/cor amarela/indígena não houve nenhum registro, entende-se que isso pode estar associado à falta de assistência a saúde das mulheres dessa raça/cor, a dificuldade da mesma em procurar assistência médica ou falha no registro. Ferreira (2013) destaca que as mulheres indígenas têm bastante vergonha em procurar o serviço de saúde, principalmente quando o profissional é do sexo masculino, pois elas não se sentem a vontade para falar dos seus problemas, principalmente se as queixas e dúvidas forem relacionadas a sua saúde reprodutiva.

No tocante a hipertensão registra-se um maior número de internações quando comparado a depressão, bem como na faixa etária, onde ela se apresenta mais prevalente no grupo >50anos, com maior ênfase na faixa etária de 60-64 anos. Isso demonstra os efeitos deletérios da carência hormonal e da própria idade no organismo feminino. As mulheres climatéricas têm maior probabilidade de desenvolver doenças cardiovasculares em idade mais tenra que os homens, em virtude da diminuição gradativa de hormônios que ocorre nessa fase. A doença arterial coronariana é de duas a três vezes mais frequente após a menopausa, pois durante o climatério há um aumento do acúmulo de gordura visceral (TAKAMUNE et al., 2011).

Diversos agravos acometem a população feminina em todos os grupos etários, porém o climatério, com as alterações hormonais, hábitos de vida e alimentares inadequados, desponta como uma fase propícia ao adoecimento feminino.

Conclusão

O climatério é uma fase marcada por muitas alterações, tanto fisiológicas como psíquicas, que podem trazer consigo uma série de sintomas desagradáveis. A diminuição ou a falta dos hormônios femininos pode afetar vários locais do organismo, e determinam sinais e sintomas climatéricos.

O Estado da Paraíba foi pioneiro como teste piloto na implantação dos programas de Agente Comunitário de Saúde e Saúde da Família, incorporando as práticas de Atenção Primária à Saúde como consolidação do Sistema Único de Saúde, e pela efetivação das suas ações tem apresentado indicadores diferenciados, e no tocante a saúde da mulher na idade climatérica, nota-se que há um declínio no número de internações no período estudado.

Os agravos mais prevalentes na idade climatérica foram depressão, hipertensão e obesidade, sendo essa última a menos prevalente. A depressão já desponta com valores preocupantes e a hipertensão reforça os dados nacionais como um agravado que cresce a cada dia no meio populacional. Esses agravos podem aparecer isoladamente, como em conjunto, interferindo sobremaneira na qualidade de vida das mulheres em idade climatérica

Dá a importância de se fortalecer a Atenção Primária a Saúde e sensibilizar os profissionais para o desenvolvimento de ações e orientações de medidas preventivas, da prática de uma escuta qualificada e do incentivo à prática regular de atividades físicas para mulheres no climatério, visando à saúde e a qualidade delas, bem como ofertar o tratamento dos agravos detectados.

Referências

- ARAÚJO, I. A. A. et al. Representações sociais da vida sexual de mulheres no climatério atendidas em serviços públicos de saúde. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 22, n. 1, Jan./Mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_14.pdf>. Acesso em: 08 de outubro de 2013.
- BARBOSA, E.; GUIMARÃES, J. I.; SARAIVA, R. Hipertensão arterial sistêmica e a mulher. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul.** Ano 16, n. 15 Set./Out./Nov./Dez. 2008. Disponível em: <http://sociedades.cardiol.br/sbc-rs/revista/2008/15/pdf/hipertensao_arterial.pdf>. Acesso em: 26 de novembro de 2013.
- BERLEZI, E. M. et al., Histórico de transtornos disfóricos no período reprodutivo e a associação com sintomas sugestivos de depressão na pós-menopausa. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, pag. 273-283, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v16n2/07.pdf>>. Acesso em: 26 de Novembro de 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS –Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em 27 de Novembro de 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/ Menopausa.** Caderno nº9. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- CONTE, F. A. A compulsão alimentar no climatério: um artigo de revisão. **Relatório técnico-científico.** Apresentado no XXI Seminário de Iniciação Científica, Unijuí, 2013.
- DE LORENZI, D. R. S. et al. Assistência à mulher climatérica: novos paradigmas. **Rev Brasileira Enfermagem.** Brasília, v. 62, n. 2, pag. 287-293, Mar./Abril., 2009.
- FERREIRA, L. O. Saúde e relações de gênero: uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1151-1159, 2013.
- GALLON, C. W.; WENDER, M. C. O. Estado nutricional e qualidade de vida da mulher climatérica. **Rev. Brasileira Ginecologia Obstetrícia.** v. 34, n. 4, pag. 175-183, 2012.
- GONÇALVES, B.; FAGULHA, T.; FERREIRA, A. A depressão nas mulheres de meia-idade: estudo sobre as utentes dos cuidados de saúde primários. **Psicologia [online]**. v. 19, n. 1-2, p. 39- 56, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psi/v19n1-2/v19n1-2a03.pdf>>. Acesso em: 17 de Fevereiro de 2014.
- NASCIMENTO, F. M. N. Hipertensão Arterial e sua Correlação com alguns Fatores de Risco em Cidade Brasileira de Pequeno Porte. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 95, n. 4, p.502-509, 2010.
- PITOMBEIRA, R. et al. Sintomatologia e modificações no cotidiano das mulheres no período do climatério. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 3, Jul./Set. 2011.
- POLISSENI, A. F. et al. Perfil das participantes do projeto de extensão “viver melhor – assistência integral às mulheres no climatério. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 35, n. 1, Jan/Mar. 2009a.
- POLISSENI, A. F. et al. Depressão em mulheres climatéricas: fatores associados. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 35, n. 3, p. 183-189, Jul./Set. 2009b.
- POLONINI, H. C.; RAPOSO, N. R. B.; BRANDÃO, M. A. F. A terapia de reposição hormonal e a saúde da mulher no climatério: riscos e benefícios. **Revista APS**, v. 14, n. 3, Jul./Set. 2011.
- RIBEIRO, R. R.; SANTOS, K. D.; GUERRA-JÚNIOR, G.; BARROS-FILHO, A. D. A. Estado nutricional de escolares brancos e negros do sul do Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras.** v. 55, n. 2, pag. 121-126, 2009.
- SILVA, M. M. et al. Depressão em mulheres climatéricas: análise de mulheres atendidas ambulatoriamente em um hospital universitário no Maranhão. **Rev. Psiquiatr.** Rio Grande do Sul, v.30, n. 2, p. 150-154, 2008.
- TAKAMUNE, D. M. et al. Conhecimento dos fatores de risco para doença cardiovascular em mulheres no climatério: estudo piloto. **Arq. Med. Hosp. Fac. Cienc. Med. Santa Casa.** São Paulo, v. 56, n. 3, p. 117-121, 2011.
- VAZ, S. F. A.; GASPAR, N. M. S. Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. **Rev. Enf. Ref.** v.3, n. 4, p. 40-58, 2011.
- ZAMPIERI, M. F. M. et al. O processo de viver e ser saudável das mulheres no climatério. **Esc. Anna Nery Revista Enfermagem.** v. 13, n. 2, Abr./Jun. 2009.

PRINCIPAIS PLANTAS UTILIZADAS PELA POPULAÇÃO PARA O TRATAMENTO DE FERIDAS.

Carlos André Lucas Cavalcanti (apresentador) – Universidade Estadual do Ceará- clucascavalcanti2@gmail.com
Mayara de Andrade de Araújo- Universidade regional do Cariri
Izabel Cristina Santiago Lemos- Universidade Regional do Cariri
George Pimentel Fernandes- Universidade Regional do Cariri
Irwin Rose Alencar de Menezes- Universidade Regional do Cariri
Marta Regina Kerntopf- Universidade Regional do Cariri

Palavras-chave: Plantas Medicinais. Feridas. Cultura popular

Resumo

O tratamento das feridas começou desde a antiguidade e veio sofrendo uma grande variação com o objetivo de ter um melhor resultado na cicatrização da mesma, sendo esta em um menor tempo possível. Novos métodos estão sendo estudados a fim de ajudar na cicatrização, incluindo as plantas medicinais e vem recebendo uma grande atenção por parte dos acadêmicos e em estudos científicos. Apresentam uma grande vantagem por ser barata e de fácil obtenção, pois as mesmas podem ser encontradas até nos quintais das casas e algumas já tiveram sua eficácia comprovada por pesquisadores. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com uma abordagem qualitativa, foi realizado com quinze usuários do Centro de Especialidades Médicas (Posto da Grotta). Conclusão: A análise do uso popular das plantas medicinais revela-nos uma enorme riqueza cultural e natural associadas a precárias condições econômicas vividas pela maioria da população.

Introdução

Uma ferida é representada pela interrupção da continuidade de um tecido corpóreo, em maior ou menor extensão, causada por qualquer tipo de trauma físico, químico, mecânico ou desencadeada por uma afecção clínica, que aciona as frentes de defesa orgânica para ou contra o ataque (CESARETTI, 1998).

O tratamento das feridas começou desde a antiguidade e veio sofrendo uma grande variação com o objetivo de ter um melhor resultado na cicatrização da mesma, sendo esta em um menor tempo possível. Podemos ter como principal exemplo para este trabalho, a pré-história pela qual a população usava vários agentes que eram aplicados sobre as feridas, mas utilizavam principalmente os extratos de plantas.

O uso de plantas medicinais, cultivadas ou não, utilizadas com propósito terapêuticos, é uma forma de tratamento de origem muito antiga como já citamos anteriormente. No Brasil as culturas indígenas, africanas e européias são as que mais influenciaram na utilização das plantas nos tratamentos de doença e em feridas (MARTINS et al, 1994; ALEXANDRE, BAGATINI e SIMOES, 2008 e BRASIL, 2006).

Atualmente, novos métodos estão sendo estudados a fim de ajudar na cicatrização, incluindo as plantas medicinais e vem recebendo uma grande atenção por parte dos acadêmicos e em estudos científicos.

De maneira indireta, a cultura medicinal tradicional desperta o interesse de pesquisadores em estudos envolvendo áreas multidisciplinares, como por exemplo, botânica, farmacologia e fitoquímica, que juntas enriquecem os conhecimentos sobre a inesgotável fonte medicinal natural: a flora mundial (MACIEL MAM, PINTO AC & VEIGA JR. VF, 2002).

A valorização da utilização das plantas medicinais tem sido estimulada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde a declaração de Alma-Ata, em 1978, na qual foi constatado que no âmbito sanitário 80% da população mundial utilizam essas plantas ou preparações destas (BRASIL, 2006).

As plantas medicinais são espécies de vegetais usadas com a finalidade de prevenir e tratar doenças ou de aliviar os sintomas das mesmas (DI STASI, 2007).

As plantas apresentam uma grande vantagem por ser barata e de fácil obtenção, pois as mesmas podem ser encontradas até nos quintais das casas e algumas já tiveram sua eficácia comprovada por pesquisadores. O seu uso é passado de pais para filhos como uma tradição. Outro fator importante é que o contato e o conhecimento com as plantas medicinais é algo que geralmente cativa as pessoas, pois elas compartilham esse tipo de conhecimento, ao contrário do que ocorre, com o tratamento à base de medicamentos alopáticos, que as deixam fora de qualquer entendimento. Assim, o cidadão sai do papel passivo, tornando-se um agente ativo no cuidado de sua saúde (FIGUEIREDO, C. A.; GONDIM, F. I. D.; LIMA, J. F. 2005).

Por outro lado algumas plantas da flora nativa, usadas como fitomedicamentos muitas vezes não possuem comprovação científica ou ainda são utilizadas de forma inadequada. Portanto a ocorrência de uso errado das plantas medicinais é algo comum, tendo em vista que grande parte dos usuários de fitoterapia não possuem conhecimentos científicos a cerca da real atividade dos compostos dessas plantas. O que muitas vezes provoca reações adversas podendo causar alergias, intoxicações e até mesmo levar a óbito (VALDIR, F.V.J.; ANGELO, C.P. MACIEL, M. A. M, 2005).

São utilizadas através de chás, infusão, decocção, maceração, em forma de pastas e entre outras, que são aplicadas sobre a ferida ou ingeridas.

Assim, o presente estudo tem o objetivo de identificar as principais plantas utilizadas pela população do Crato-Ce no tratamento de feridas.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com uma abordagem qualitativa, objetivando alcançar os objetivos escolhidos para o estudo. O estudo foi realizado no Centro de Especialidades Médicas (Posto da Grotta), localizado no município do Crato-Ce, no dia 24 do mês de Agosto de 2012. A escolha do locus em questão deu-se pela melhor acessibilidade para a coleta de dados pela pesquisadora. Os dados obtidos a partir da entrevista foram submetidos a uma estruturação criteriosa por meio do método de análise de conteúdo, e em seguida organizada em categoria com base nos objetivos do estudo, estabelecendo relações entre os resultados obtidos com a literatura.

A pesquisa cumpriu os requisitos da Resolução Nº 196/6, do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde (CNS/MS), que trata das diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 1996).

As pessoas que decidiram participar do estudo foram informadas quanto à natureza e o objetivo da pesquisa, além da liberdade de desistir a qualquer momento da pesquisa durante sua execução.

Resultados e Discussão

Foram entrevistadas quinze pessoas que estavam na espera por atendimento no Centro de Especialidades Médicas, mais conhecido popularmente por posto da grotta. E citados nove tipos de plantas medicinais, as quais irão ser especificadas profundamente mais adiante. Após ser realizada uma leitura de todas as entrevistas, iniciou-se uma minuciosa análise do contexto das falas, organizando-as então em categorias temáticas de acordo com as idéias centrais das mesmas e com tabelas para facilitar a interpretação, emergindo três categorias: Uso de plantas medicinais para o tratamento de feridas, Tipos de ferimentos que foram utilizadas as plantas medicinais, Forma de utilização e de preparo das plantas medicinais.

6.1 Uso de plantas medicinais para o tratamento de feridas.

A população quando questionada sobre a utilização de plantas medicinais substituindo os medicamentos, responderam as seguintes respostas:

“As vezes a planta é melhor que tomar essas medicações” Voluntário 5

“Só tomo medicamento em último caso” Voluntário 12

“Prefiro o remédio caseiro” Voluntário 15

Pelas respostas, pode-se perceber a aceitação dos usuários ao remédio caseiro, além disso, apresentam um conhecimento maior no seu uso. As principais plantas mais faladas pela população e a quantidade com que foi citada cada uma na pesquisa são: Alho (1); Aroeira (7); Babosa (2); Barbatimão (2); Entre casca do Cajueiro (3); Folha da Macaxeira (1), Janaguba (1); Mastruz (6); Malva (2).

Segundo a estimativa da Organização Mundial (OMS) 80% da população mundial usam recursos medicinais populares para suprir as necessidades de assistência médica privada, e pode gerar cerca de aproximadamente 22 bilhões de dólares. Elas atuam ocupando o lugar de destaque no artesanal terapêutico (COSTA et al., 1998; YUNES et al., 2001).

O seu uso ocorre adicionalmente associado ou substituindo as medicações passadas pelos profissionais. No qual foi observado um conhecimento passado de pais para filhos, a maioria quando iam comentar sobre uma planta, eles começavam a citar seus antepassados.

Podemos observar que as ervas medicinais mais utilizadas pelos usuários foram à aroeira e o mastruz. A maioria das pessoas entrevistadas tinha em média o ensino fundamental incompleto, apenas três apresentavam o ensino médio completo. Quanto à renda destes a grande maioria (9 pessoas) recebiam até um salário mínimo.

Tipo de ferimentos que foram utilizadas as plantas

Quando questionamos sobre as situações que os levaram a optar por plantas medicinais no tratamento, observamos que grande parte utilizou após quedas ou em qualquer outro tipo de ferimento (10 pessoas), 4 utilizam em feridas decorrentes de quedas e uma citou o uso em pós-operatório de cesariana.

Forma de utilização e de preparo das plantas medicinais.

Abaixo podemos identificar as ervas que mais foram citadas pela população no tratamento de feridas, o modo de preparo para o tratamento, uso e frequência, respectivamente:

Alho: amassar o alho; colocar sobre a ferida; 2 ou 3 vezes ao dia

Aroeira: ferver a casca da aroeira com água e sal, lavar a ferida, 3 a 4 vezes ao dia

Babosa: tirar o gel da babosa; colocar sobre a ferida, 2 vezes ou mais

Barbatimão: ferver a casca com água e coar, lavar a ferida, 2 vezes ao dia

Entre casca do cajueiro: tirar a casca grossa e usar a polpa, leva para ferver com água, lavar a ferida, 3 vezes ao dia

Folha de Macaxeira: amassar a folha e depois levar ao fogo para assar, colocar sobre a ferida, 2 a 3 vezes ao dia

Janaguba: extrair o leite da planta, ingerir, 1 vez ao dia

Mastruz: machucar as folhas com sal e vinagre ou machucar e levar ao fogo, colocar sobre a ferida. 3 vezes ao dia

Malva: machucar a malva, colocar sobre a ferida, 2 vezes ao dia

A partir dos incentivos da OMS, fez aumentar estudos sobre plantas medicinais no Brasil, fomentados pela preocupação com a biodiversidade e por idéias de desenvolvimento sustentável (LORENZI e MATOS, 2002).

O conhecimento popular sobre o uso das plantas é transmitido de geração a geração e até hoje como constatamos é utilizada para fins terapêuticos entre a população. Esses saberes fundem-se em novas descobertas científicas e somam-se as praticas de saúde preconizadas atualmente pelos diversos órgãos federais e mundiais (GONÇALVES, 2009).

Os principais fatores na manutenção dessa prática são o baixo nível de vida das pessoas e o alto custo dos medicamentos. Assim, os usuários mantêm em voga a prática do consumo de fitoterápicos, tornando validas algumas ações terapêuticas que foram acumuladas durante séculos (NEWALL et al., 2002).

Conclusão

A análise do uso popular das plantas medicinais revela-nos uma enorme riqueza cultural e natural associadas a precárias condições econômicas vividas pela maioria da população.

Diante das informações obtidas ao longo da pesquisa, devemos expor também que as plantas medicinais não trazem só benefícios, ou seja, o seu uso em excesso pode causar desde intoxicações até mesmo a morte.

Com isso, os profissionais da saúde devem trabalhar junto à população explicando direito o uso da planta escolhida, principalmente que deve usar com cautela. Deve-se informar aos mesmos por meio descritivo e oralmente essa preocupação com a qualidade da saúde em geral.

Referências

ALMASSY JÚNIOR, Alexandre; LOPES, Reginalda Célia; ARMOND, Cíntia; da SILVA, Francieli; CASALI, Vicente Wagner Dias. Folhas de Chá – plantas medicinais na Terapêutica Humana. UFV: Viçosa, 2005.

BALBACH, A. A flora nacional na medicina doméstica. 9 ed. São Paulo: Editora MPV. s.d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Brasília, DF, 2006b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e

Complementares. 2006. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/pnpic.pdf>. Acesso: 14/08/2012 às 17:50.

CERVO, Amado Luiz; BREVIAN, Pedro Alcino. Metodologia Científica. 5ª Ed; Pearson Prentice Hall: São Paulo, 2002

CESARETTI, IUR. Processo Fisiológico e Cicatrização da Ferida. Pelle Sana, 1998

COSTA AFE, FROTA JG, LIMA MC, MORAES MO. Plantas medicinais utilizadas por pacientes atendidos em ambulatórios do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará. Pesq Med Fortaleza 1998; 1 (2): 20-5.

DIXON, R. A. Natural products and plant disease resistance . Nature, p 411, p 843-847. 2001.

DI STASI, L.C. Plantas medicinais verdades e mentiras – O que os usuários e os profissionais de saúde precisam saber. São Paulo: UNESP, 2007.

DIEGUES, A.C; ANDRELLO, G. & NUNES, M. Populações Tradicionais e Biodiversidade na Amazônia: levantamento bibliográfico georreferenciado. In biodiversidade na Amazônia brasileira: avaliação e ações prioritárias para conservação, uso sustentável e repartição de benefícios. Capobianco, J. P. R. et al. São Paulo: Estação Liberdade: Instituto Socioambiental, 2001. p. 205-207. ELISABETSKY, E. New directions in ethnopharmacology. J. Ethnobiol. V. 6, n. 1,

ENPOS. PLANTAS MEDICINAIS UTILIZADAS PARA CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS. Disponível em: <https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:qSc42VtGwxIJ:www.ufpel.edu.br>. Acesso: 14/08/2012 às 17:30.

FERRO, Degmar. Fitoterapia: conceitos clínicos. São Paulo: Atheneu, 2006.

FIGUEIREDO, C. A.; GONDIM, F. I. D.;LIMA, J. F. et al. Fitoterapia como prática popular em duas comunidades da cidade de João Pessoa – Paraíba. V Colóquio Internacional Paulo Freire,p. Recife, p. 1-7, setembro 2005.

FRANCO, Lelington Lobo. Doenças tratadas com plantas medicinais. Petrópolis: Vozes, 2003.

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GONÇALVES, M. L. Q. Boas práticas para medicamentos fitoterápicos em escala magistral no setor público. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Farmácia, Programa de pós graduação em ciências farmacêuticas. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: UFRGS, 2009.

IBGE. Cidades. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso: 14/08/2012 às 21:12.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. Fundamentos da Metodologia Científica. 3ª Ed. São Paulo:atlas, 2000

LIMA, L. Fitoterápicos e usos de plantas medicinais. Jornal da Unesp, ano XVI, n. 166.Disponível em: <<http://www.unesp.br/aci/jornal/166/farmacologia.htm>>.

LORENZE, M; MATOS, F.J.A. Plantas medicinais no Brasil: nativas e exóticas. Nova Odessa, SP : Instituto Plantarum, 2002.

MARTINS, E. R.; CASTRO, D. M.; CASTELLANI, D. C.; et al. Plantas Medicinais: Outras Plantas Popularmente Utilizadas. 19 ed. Viçosa: Imprensa Universitária, 1994. v1, p 305.

Maciel MAM, Pinto AC & Veiga Jr. VF (2002). Plantas medicinais: a necessidade de estudos multidisciplinares. Química Nova. 25(3): 429-438.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; GOMES, Romeu; DESLANDES, Suely Ferreira. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. 26ª Ed, Petrópolis, Vozes: Rio de Janeiro, 2007.

NETO, P. A. S.P, CAETANO, L. C. Plantas medicinais do popular ao científico. Ed. Ufal.

PÁDUA, ELISABETE MATALHO MARCHESINI DE. Metodologia da pesquisa: abordagem teórico - prática. 10 ed. Ver. E atual. – Campinas, São Paulo: Papirus, 2008.

PLANTAMED. Aroeira. Disponível em: http://www.plantamed.com.br/plantaservas/especies/Schinus_terebinthifolius.htm. Acesso: 22/08/2012.

PIVETTA, M. Fitoterápicos: As lições dos Krahô. Pesquisa FAPESP, Nov/dez: 14-18, 2001. Programa Estadual de Plantas Medicinais (PROPLAN). Arquivo consultado na Internet: [www. saúde.rj.gov.br/proplan](http://www.saude.rj.gov.br/proplan).

PORTAL SÃO FRANCISCO. Fitoterapia. Disponível em: <http://www.portalsaofrancisco.com.br/alfa/bem-estar-fitoterapia/fitoterapia-8.php>. Acesso: 14/08/2012 às 20:31.

VALDIR, F.V.J.; ANGELO, C.P. MACIEL, M. A. M. Plantas Medicinais: cura segura? In: QUÍMICA NOVA, 2005, Rio de Janeiro: UFRJ.

WAGNER, Hildelbert e WISENAUER, Markus. Fitoterapia – Fitofarmacos, Farmacologia e Aplicações Clínicas. 2. ed. São Paulo: Pharmabooks, 2006.

Agradecimentos

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

PRO PET-SAÚDE UVA / PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: UM OLHAR SOBRE O PROCESSO A PARTIR DA AVALIAÇÃO DOS COMPONENTES.

Autor 1 David Gomes Araújo Júnior – Universidade Estadual Vale do Acaraú – UEVA; david-junior23@hotmail.com

Autor 2 Wyarlenn Divino Machado – Universidade Estadual Vale do Acaraú - UEVA

Autor 3 Karla Mara Coelho Ponte de Oliveira – Universidade Estadual Vale do Acaraú - UEVA

Autor 4 Carina Guerra Cunha – Universidade Estadual Vale do Acaraú - UEVA

Autor 5 Maria Socorro de Araújo Dias – Universidade Estadual Vale do Acaraú - UEVA

Autor 6 Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas – Universidade Estadual Vale do Acaraú - UEVA

Palavras-chave: *Avaliação. Componentes. PSE (Programa Saúde na Escola).*

Resumo

Este estudo objetivou avaliar as ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da família de Sobral-CE e o impacto destas na melhoria da qualidade de vida dos adolescentes no Município. Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva de abordagem quanti-qualitativa. O estudo foi realizado no período de janeiro a dezembro de 2012, com os adolescentes que participaram das ações dos componentes I (Avaliação das condições de saúde) e Componente II (Promoção da saúde e prevenção de agravos). Para a coleta de dados utilizaram-

se informações obtidas a partir do Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle do Ministério da Educação (SIMEC), que trata das propostas do governo federal na área da educação. O estudo buscou respeitar os princípios bioéticos preconizados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS. Os educadores conseguiram identificar os principais problemas de saúde, mas confirmaram não ser capacitado o suficiente para lidar com as diferentes situações relacionadas à ausência de saúde que vivenciam. Essa não capacitação pode resultar na insegurança ou conduta inadequada diante de cada situação. O Programa Saúde na Escola é pouco reconhecido entre os educadores. Sendo este uma das principais ferramentas para se obter qualidade de vida. As ações de promoção, prevenção e educação em saúde, realizadas pelo programa podem mudar favoravelmente a realidade que a unidade escolar apresenta.

Introdução

A adoção do conceito de Promoção da Saúde, como elemento redirecionador das políticas do Ministério da Saúde, impõe a necessidade de se sistematizar, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), propostas Intersetoriais que provoquem ou reforcem o desenvolvimento de ações com os mais diferentes setores. Neves (2006) é contundente ao afirmar que a promoção da saúde é evidenciada como ação conjunta que envolve vários setores sociais e econômicos juntamente ao setor saúde, apontando para o conceito mais amplo de saúde, na qual considera o indivíduo em sua totalidade. Com o intuito de incrementar ações de educação e saúde foi instituído o Decreto Presidencial nº 6.286/2007, surgindo como uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e Educação, na perspectiva da atenção integral (prevenção, promoção e atenção) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, no âmbito das escolas e unidades básicas de saúde, realizadas pelas Equipes de Saúde e educação. A implantação do Programa Saúde na Escola (PSE) prevê a articulação de diversas ações em saúde na escola que devem ocorrer de forma concomitante como avaliação das condições de saúde dos estudantes, ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, formação de profissionais e jovens para atuarem como multiplicadores, através da educação permanente, monitoramento da saúde dos estudantes e o monitoramento do próprio programa. Tendo em vista a participação no Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET/Saúde), compondo a árvore tutorial do PSE, o estudo objetiva avaliar as ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da família de Sobral-CE e o impacto destas na melhoria da qualidade de vida dos adolescentes no Município.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa exploratório descritiva, considerando o paradigma quanti-qualitativo. No que concerne à ideia quantitativa, a utilização de métodos quantitativos tem por objetivo trazer à luz dados, indicadores e tendências observacionais ou produzir modelos teóricos de alta abstração com aplicabilidade prática (MINAYO, 2006). A pesquisa foi realizada nos territórios de saúde da família do município de Sobral-CE pela equipe do PSE. Atualmente, o município conta com 32 Unidades Básicas de Saúde (UBS), compondo 56 equipes de saúde da família, sendo que todas estas unidades aderiram ao PSE. O estudo foi realizado no período de janeiro a dezembro de 2012, com os adolescentes que participaram das ações dos componentes I (Avaliação das condições de saúde), que tem como objetivo avaliar a saúde dos educandos e possibilitar que aqueles que apresentam alguma alteração possam ser encaminhados para atendimento e acompanhamento. Componente II (Promoção da saúde e prevenção de agravos), que visa garantir oportunidade a todos os estudantes de fazerem escolhas mais favoráveis à saúde e de serem, portanto, protagonistas do processo de produção da própria saúde. Para a coleta de dados utilizaram-se informações obtidas a partir do Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle do Ministério da Educação (SIMEC), que trata das propostas do governo federal na área da educação. O estudo buscou respeitar os princípios bioéticos preconizados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta pesquisas que envolvam seres humanos.

Resultados e Discussão

TABELA 1. Análise dos indicadores do componente I dos educandos do município de Sobral-CE, 2012. Fonte: SIMEC

COMPONENTE 1	QUANT. PACTUADA	QUANT. REALIZADA	% PERCENTUAL ATINGIDO	QUANT. EDUCANDOS COM ALTERAÇÕES
Avaliação antropométrica e estado nutricional	24.048	23.615	98,20%	862
Aferição de Pressão Arterial (HAS)	24.048	21.053	87,55%	141

Verificação da carteira de vacinação	24.048	20.273	84,30%	3.409
Sinais de agravos de saúde negligenciados (hanseníase, tuberculose, malária)	24.048	19.753	82,14%	154
Triagem de acuidade visual (teste de Snellen)	24.048	20.810	86,54%	985
Avaliação do estado de saúde bucal	24.048	21.810	90.69%	2.330
Avaliação Psicossocial	24.048	24.048	100,00%	366
TOTAL	168,336	151,362	629,42	8247

A tabela 1 apresenta os indicadores alimentados pelo Sistema Integrado do Ministério da Educação (SIMEC) que mostra os dados identificados a partir das ações estabelecidas pelo Programa Saúde na Escola (PSE). O caráter investigativo na aplicação dessas ações pelo Programa foi estimado a uma população que comportou um valor absoluto de 151, 362 educandos. No quesito avaliação antropométrica e estado nutricional foram identificados 862 casos que apresentaram alguma alteração considerando os limites normais, correspondendo, assim, 98,20% dos resultados, dentro do quantitativo participante, 23,615. Nesse eixo, houve uma identificação satisfatória quanto ao número participativo dos sujeitos, evidenciando resultados contundentes na identificação dos problemas que acometem a saúde do envolvidos.

A investigação dos níveis pressóricos mostrou uma preocupação quanto a uma população jovem já está enfrentando condições de saúde que, muitas vezes, está presente em pessoas de mais idade. Da quantidade de educandos que participaram do estudo, 141 mostraram se enquadrar no perfil de pessoas que apresentam comprometimento com a pressão arterial. Esse levantamento possibilita a criação de estratégias que, junto com os serviços de saúde em consonância com as escolas do município, contemple a necessidade de saúde identificada na população alvo.

Em vista de todos os eixos apresentados na tabela, a verificação da carteira de vacinação apresentou o maior número no nível de alteração, 3409, levando em consideração a quantidade de educandos que participaram das ações, 20,273. Esse dado comprova o aumento dos riscos de adoecimento desses sujeitos visto que o grau de imunidade, possivelmente, encontra-se baixo.

ANÁLISE DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS NO COMPONENTE II: PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE AGRAVOS

TABELA 2. Análise dos indicadores do componente II dos educandos do município de Sobral-CE, 2012. Fonte: SIMEC

Linha de ação	Quant. Pactuada	Quant. Atingidos	% Percentual atingido
Atividades educativas sobre promoção de alimentação e modos de vida saudáveis	43.619	51.381	117,8%
Oferecer práticas corporais orientadas	43.619	51.118	117,2%
Abordagem de temáticas da saúde sexual, saúde	43.619	49.342	113,1%

reprodutiva e prevenção de dst/aids e hepatites virais;			
Atividades no cotidiano escolar abordando a temática dos riscos e danos do uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas;	43.619	50.025	114,7%
Abordagem de temáticas da diversidade sexual, bullying, discriminação e preconceito da família e da comunidade;	43.619	50.672	116,2%
Atividades de sensibilização, responsabilização e intervenção do cuidado consigo e com o ambiente escolar.	43.619	47.994	110,0%
TOTAL DE ATENDIDOS	261.714	300.532	689,0%

Nessa perspectiva, o PSE constitui-se uma importante estratégia que procura fomentar uma gestão coletiva das ações de saúde e educação a partir da participação de profissionais da saúde, educação, dos educandos e da comunidade, no território onde convivem. E assim, a intencionalidade do programa é fazer com que o trabalho conjunto entre escola e equipe de saúde, possa criar novos sentidos para a produção da saúde, construindo redes de produção de saberes e de solidariedade entre profissionais e comunidade (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, com a adesão e execução do PSE pelo município de Sobral-CE, cabe aqui uma análise/avaliação do processo e ações do componente em questão para um melhor entendimento das propostas e dos objetivos a serem alcançados pela a equipe de saúde e a secretaria de educação, o significado deste para o educando e consequentemente um *feedback* para os órgãos financiadores para possíveis ajustes, se necessário, e novas reorientações.

No início do projeto, foi pactuado com os Ministérios da Saúde e Educação que no município de Sobral-CE, deveria ser atendido 261.714 escolares para o seu êxito no PSE 2012. Com a análise dos dados da tabela, observou-se que o município conseguiu atingir um número expressivo de 300.532 estudantes, nas redes municipais e estaduais de ensino abrangidas pelo programa, totalizando 14,8% para mais, nos atendimentos de Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos, comprovando o sucesso das ações pactuadas e afirmando o comprometimento de todos os envolvidos no processo.

Em cada uma das ações do Componente II, deveria ser atendido um público de 43.619 jovens e adolescente. Mas devido ao movimento integral de atenção à saúde por parte do Município, Secretaria da saúde, Secretaria da educação, Estratégia Saúde da Família, pais, professores, alunos, que assumiram uma atitude permanente de empoderamento dos princípios básicos de promoção da saúde, foram atendidos um número maior de estudantes do que foi pré-estabelecido no início do programa, nas sessões educativas, que foram de 10 a 17,8% a mais.

A respeito do quinto eixo, que trata da diversidade sexual, bullying, discriminação e preconceito da família e da comunidade, realizaram-se ações que visavam o fortalecimento da cultura de paz e prevenção das violências que se dá a partir da vivência de um sentimento de corresponsabilidade nos processos de educação e saúde, mediante o diálogo entre profissionais da saúde e educação, pais, responsáveis e demais membros da comunidade escolar. Diante dessa perspectiva, os resultados mostraram um quantitativo de 7.053 alunos a mais da quantidade pactuada, correspondendo satisfatoriamente um valor de 16,2% do total que estava previsto.

O último eixo revelou uma discreta queda nos valores percentuais comparado aos demais quesitos da tabela, porém, em linhas gerais, demonstrou confiabilidade nos dados obtidos, alcançando 10% a mais do previsto. A proposta neste eixo foi de fazer com que os alunos compreendessem que saúde e ambiente são duas dimensões inseparáveis, sendo o ambiente indispensável para a ocorrência da existência da vida.

No tocante a ideia apresentada pelo componente II, observa-se, como resultado, números satisfatórios que ultrapassam as estimativas para o município. Em dados, todos os eixos perpassam o percentual de 100% em todas as ações que foram desenvolvidas por aqueles envolvidos no processo de construção para a qualidade da saúde dos educandos.

Conclusão

A escola sendo o principal ambiente para o desenvolvimento de relações, do senso crítico e político e para construção de valores pessoais e maneiras de conhecer e viver em sociedade merece uma atenção maior quanto à educação em saúde. E para termos a educação em saúde como ferramenta eficiente na intervenção do processo saúde doença, esta pesquisa foi imprescindível para o reconhecimento do ambiente escolar, dos indivíduos que o compõem e a realidade que estão inseridos. Tem-se a educação em saúde como estratégia para se obter saúde e qualidade de vida, mas se esta não for associada e praticada de acordo com a realidade não se tem nenhum efeito. Ademais, percebeu-se uma ótima aceitação do profissional de saúde por parte dos educadores e a importância da sua atuação na escola foi confirmada, comprovado através dos dados obtidos pelos componentes I e II, de maneira que este profissional venha somar na qualidade de ensino e consequentemente na qualidade de vida de todos aqueles que compõem a unidade escolar.

Referências

ALMEIDA, A.R.; MELO, E.M. Reflexões sobre a intersetorialidade e sua relação com o Programa Saúde da Família. **Rev. Med. Minas Gerais** 2007;17 (1/2-Suppl4):S310-16.

FÉLIX, W.; BERNADELLI, C. Educadores e Promoção da Saúde: Reflexões sobre os programas saúde na escola e saúde todo dia. **Rev. Hygeia**, v.7, n. 13. 2011. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/17049> acessado em 29/10/12. Acessado em 27/10/12

MINAYO, M. C.S.; O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9º ed. Revista Aprimorada, Hucitec. São Paulo, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Passo a Passo PSE: Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

NEVES, T.P. **Reflexões sobre a promoção da saúde**, REA, n.62, Maringá, PR, 2006.

MORAIS, N. A. et al. Promoção da saúde e adolescência: um exemplo de intervenção com adolescentes em situação de rua. *Psicol. Soc.* Vol.22 no.3 Florianópolis, 2010.

Agradecimentos

A todos os educadores e educandos que depositaram suas confianças e satisfações ao participarem da pesquisa, a professora Dra. Maria Socorro de Araújo Dias, por sua efetiva contribuição e aos amigos coautores deste estudo.

PROCESSO DE ENFERMAGEM A PESSOA COM RISCOS PARA O ADOECIMENTO CARDIOVASCULAR, FUNDAMENTADO NA TEORIA HUMAN BECOMING DE PARSE.

Lia Bezerra Furtado Barros – Universidade Estadual do Ceará – lia.bfb@gmail.com

Amanda Onofre Lins Guerra – Universidade Estadual do Ceará

Lúcia de Fátima da Silva – Universidade Estadual do Ceará

Palavras-chave: processo de enfermagem, teoria de enfermagem, adoecimento cardiovascular

Resumo

Esta pesquisa trata-se de um estudo de caso, realizado em janeiro de 2014, em uma Universidade pública do estado do Ceará, em Fortaleza. Teve como objetivo implementar o processo de enfermagem, fundamentado na teoria Human Becoming de Parse, dirigido a pessoa com riscos para o adoecimento cardiovascular, utilizando a taxonomia dos diagnósticos de enfermagem NANADA Internacional (NANDA- I). Foram identificados três Diagnósticos de Enfermagem relacionados aos problemas biopsicossociais que influenciam a

qualidade de vida da participante. Em seguida, foi planejada uma assistência de enfermagem à luz do referencial teórico de Parse. O uso do processo de enfermagem, embasado no referencial teórico de Parse possibilitou o desenvolvimento de uma assistência pautada no conhecimento científico que permite uma abordagem mais humanística e participativa com o sujeito cuidado.

Introdução

Adoecimentos cardíacos constituem uma das patologias que mais acometem a população atualmente, constituindo uma importante causa de morbimortalidade em todo o mundo. Segundo dados do Ministério da Saúde, da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), as doenças cardiovasculares matam 17 milhões de pessoas por ano no mundo, só no Brasil, são 300 mil mortes.

As pesquisas relativas a esse adoecimento não apontam uma causa única, mas sim, vários fatores de risco, que aparecem relacionados ao aumento da probabilidade de sua ocorrência. Atualmente, o processo saúde-doença é analisado como decorrência, em grande parte, das questões relacionadas a hábitos de vida, atitudes, comportamentos da população, como resultado da interação entre características do indivíduo e influências do ambiente cultural em que eles estão inseridos. Tais fatores são considerados os principais responsáveis, frente ao aumento da ocorrência de doenças crônico - não transmissíveis, como as cardiovasculares, em todo o mundo (MENDES et al., 2006).

Em face disto, é inegável a importância do cuidado de enfermagem a esses potenciais pacientes. Considerando que grande parte destes fatores de risco são de fácil prevenção, as doenças cardiovasculares poderiam acometer um contingente populacional bem menos significativo se tivessem uma promoção de saúde mais focada na prevenção.

O cuidado de enfermagem é um processo complexo e dinâmico, envolvendo um modo de ser pessoal e profissional, conhecimentos específicos, atitudes práticas, habilidades e competências que o caracterizam como parte da relação estabelecida entre o ser que cuida e o ser que é cuidado, e destes com o mundo vivido e experienciado por ambos (SCHAURICH; CROSSETTI, 2008).

Composto por técnicas e procedimentos e baseado na sensibilidade, criatividade e intuição, o cuidado de enfermagem busca atuar eficientemente na prevenção de adoecimentos, promoção e reabilitação da saúde, buscando a autonomia e potencialização dos sujeitos cuidados (VALE; PAGLIUCA, 2011).

Para tanto, se faz necessário que o trabalho de enfermagem seja fundamentado além de um sistema de valores e crenças morais, em um conhecimento técnico-científico próprio da área. Uma das tecnologias científica própria da enfermagem criada a fim de melhorar a qualidade de assistência é o Processo de Enfermagem (PE), que de acordo com a resolução do COFEN – 358/2009, é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional, sendo aplicável em uma ampla variedade de ambientes e de situações clínicas.

Composto por cinco etapas (coleta de dados, diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem) e realizado de forma dinâmica, deliberada e sistemática, o Processo de enfermagem tem representado o principal modelo metodológico para o desempenho sistemático da prática profissional, favorecendo o cuidado, organizando as condições necessárias à realização da assistência e documentando a prática profissional (GARCIA; NOBREGA, 2011).

Segundo COFEN (2009), o Processo de enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça base para a avaliação dos resultados alcançados.

Dentre os referenciais teóricos próprios da enfermagem, dar-se-á, neste estudo, destaque a Teoria Human Becoming, de Rosemarie Rizzo Parse (PARSE, 1995). Para a teórica o ser humano é considerado como responsável pela sua saúde, e por si, podendo transcender, mudando seu comportamento e atingindo uma melhor qualidade de vida. O enfermeiro aparece como mediador e colaborador no processo de saúde.

Estes valores trazidos na teoria Human Becoming são fundamentais durante a aplicação do processo de enfermagem, pois devemos sempre ter em mente que cada paciente age, reage e interage diferentemente. Ao trabalharmos com seres humanos, nenhuma ação instrumental, por mais aperfeiçoada que seja, pode estar desvinculada dos aspectos humanísticos e de suas necessidades.

Este estudo tem como objetivo implementar processo de enfermagem, fundamentado na teoria Human Becoming de Parse, dirigido a pessoa com riscos para o adoecimento cardiovascular, utilizando a taxonomia dos diagnósticos de enfermagem NANADA Internacional (NANDA- I).

Metodologia

Tratou-se de um estudo de caso, que se constitui em uma modalidade de pesquisa bastante utilizada nas ciências biomédicas e sociais. Segundo Gil (2010), o estudo de caso é descrito como sendo um estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento.

A pesquisa foi realizada em janeiro de 2014, em uma Universidade pública do estado do Ceará, em Fortaleza. A escolha do sujeito ocorreu por conveniência, onde o escolhido para o estudo foi uma servidora da universidade de 54 anos. A servidora foi convidada a comparecer ao ambulatório onde foi realizada uma consulta de enfermagem, onde era aplicado o formulário e realizado o exame físico.

A entrevistada aceitou participar espontaneamente do estudo, tendo assinado o termo de autorização, orientada sobre a realização do mesmo e sobre a confidencialidade das informações, conforme o preconizado pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que se refere aos aspectos éticos para pesquisas que envolvem seres humanos.

Para a coleta dos dados foi realizada uma entrevista semi-estruturada, composta por dados sobre as principais características sócio-demográficas da participante e a por questões sobre a saúde, além de ser realizada anamnese e exame físico.

Para a identificação dos diagnósticos de Enfermagem persistentes ao sujeito deste estudo, elegeu-se um modelo de raciocínio diagnóstico que possibilitasse uma inferência diagnóstica mais precisa em meio à diversidade de dados (objetivos e subjetivos) coletados. O modelo escolhido para ser trabalhado neste estudo, foi o de Risner (1990), no qual o processo diagnóstico é composto por duas fases: a primeira inclui a análise dos dados e a segunda a síntese dos dados.

Assim, utilizando o modelo de Risner (1990) e o referencial teórico de Rosemarie Parse, fez-se a separação dos dados obtidos na coleta, apreciação crítica dos mesmos que auxiliaram a realização do pensamento crítico e julgamento clínico, determinantes para estabelecer os diagnósticos de enfermagem a partir da taxonomia II da NANDA-I.

A partir dos diagnósticos identificados, os resultados esperados e as intervenções de enfermagem foram planejadas de acordo com a Nursing Outcomes Classification (NOC) e Nursing Interventions Classification (NIC), respectivamente, buscando um atenção na integralidade da assistência durante o processo do cuidar.

Para fundamentar o cuidado prestado, o processo de Enfermagem foi baseado na Teoria Human Becoming de Rosemarie Parse, teoria utilizada pela pesquisadora durante as atividades da disciplina e na elaboração da dissertação de mestrado.

Resultados e Discussão

O Estudo de Caso

Paciente, 54 anos, sexo feminino, parda, brasileira, natural de Fortaleza, CE, casada, professora, ensino superior completo, possui três filhos. Trabalha na instituição de ensino há 20 anos. Paciente relata que há, aproximadamente, 6 anos, descobriu ter colesterol alto, sendo iniciada uma medicação para controle, porém relata esquecer de tomar a medicação frequentemente. Além da dislipidemia, paciente refere nódulos na tireoide, onde deveria fazer acompanhamento médico especializado a cada seis meses, porém também diz ter dificuldade de realizar acompanhamento com médico por medo de descobrir algo mais sério. Paciente reconhece que este medo a impede de procurar atendimento médico até para outros problemas que aparecem durante a sua vida. Paciente também relatou fratura no MSE sofrida há três meses, encontra-se fazendo fisioterapia uma vez por semana, porém ainda sente dor, impossibilitando-a de voltar a dirigir e seguir sua rotina de vida normal. A paciente associa a fratura em MSD ao quadro osteoporose e a artrose que refere ter, mas não sabe explicar bem a sua relação, afirmando não ter o conhecimento necessário sobre estas patologias. Não pratica nenhum tipo de atividade física. Hábitos alimentares pouco saudáveis, sem rotina nas refeições, refere esquecer de beber água, mas bebe refrigerante diariamente. Não concilia bem o sono noturno, relatando acordar com pensamentos de morte e dificuldade para adormecer com a presença de pensamentos ruminantes. Em relação ao histórico familiar de adoecimento cardíaco, a paciente relatou ter perdido o avô materno e os avós paternos de doenças cardiovasculares.

Ao exame físico: Pressão Arterial: 100x70 mmHg; Frequência Cardíaca: 102 bpm; Frequência respiratória: 17 rpm; Temperatura: 36,2°C; Peso: 56kg; Altura: 1,57m; IMC: 22,72 (peso normal); Circunferência abdominal: 83 cm; Circunferência dos quadris: 95cm; Relação CA/CQ: 0.87.

Diagnósticos de Enfermagem identificados e Planejamento da Assistência de Enfermagem

Na teoria Human Becoming o ser humano é mais do que a soma de partes é um ser de totalidade, onde assume papel de protagonista da sua saúde, fazendo suas opções de vida e se tornando responsável pelas escolhas tomadas. O enfermeiro atua como colaborador deste processo. Para a teorista, a saúde é vista como um processo de mudança no significado da vida, um processo aberto de transformação vivenciado e definido pela própria pessoa (PARSE, 1995).

Parse (1995), afirma que a essência da enfermagem é o relacionamento enfermeiro-pessoa e sua meta principal é a qualidade de vida sob a perspectiva da sujeito. O enfermeiro, ao aplicar a Teoria de Parse, respeita a visão de qualidade de vida de cada um, que difere de uma pessoa para outra, e não tenta mudar essa visão para ser consistente com sua própria perspectiva.

Os princípios descritos pela teorista (PARSE, 1995) fazem referência ao protagonismo do sujeito em seu processo de tratamento, devendo ser estimulado pelo profissional que o atende. As escolhas dos diagnósticos e o planejamento da assistência de enfermagem foi permeado pelos princípios e valores da teoria, influenciando desde o levantamento dos problemas até a identificação das demandas de cuidado.

Assim, foram identificados, juntamente com o sujeito, três Diagnósticos de Enfermagem relacionados aos problemas biopsicossociais que influenciam a sua qualidade de vida. Estes diagnósticos estão de acordo com a estrutura taxonômica II da NANADA-I, onde foram selecionados para este estudo por proximidade com o referencial teórico de Rosemarie Parse. A seguir apresenta-se os Diagnósticos de Enfermagem com suas características definidoras e fatores relacionados, segundo NANDA-I (Quadro 1).

Quadro 1 – Diagnósticos de enfermagem identificados. Fortaleza, CE, Brasil, 2014

Problemas que influenciam a qualidade de vida	Diagnóstico de enfermagem	Fatores relacionados	Característica definidora
Sedentarismo; Falta de disposição para realizar atividades	Estilo de vida sedentário	Falta de motivação; Falta de interesse	Verbaliza preferência por atividades com pouco exercício físico
Estresse; Angústia	Ansiedade	Estresse; Associação familiar	Angústia; Nervosismo; Irritabilidade; Capacidade diminuída de solucionar problemas.
Hábitos de vida pouco saudáveis; Pouco	Conhecimento deficiente sobre	Falta de exposição;	Verbalização do problema;

conhecimento sobre a sua saúde

promoção da saúde

Frente a esses diagnósticos, identificados de acordo com os problemas do paciente e sua demanda de cuidado, foi possível planejar uma assistência de enfermagem à luz do referencial teórico de Rosemarie Parse, onde a individualidade do sujeito seja valorizada, de modo a garantir a sua singularidade, e que não se prenda somente as demandas de cuidado físicas, mas também psicológicas e sociais.

Ao apoderar-se dos princípios e valores da teoria Human Becoming foi realizado o planejamento da assistência de enfermagem, cujas ações foram direcionadas à resolução dos problemas identificados. Foram traçados os resultados esperados para cada diagnóstico, e selecionadas as seguintes intervenções como proposta de cuidado de acordo com a terminologia de Nursing Outcomes Classification (NOC) e Nursing Interventions Classification (NIC), respectivamente (Quadro 2).

Quadro 2 – Planejamento da assistência de enfermagem à luz do referencial teórico de Rosemarie Parse. Fortaleza, CE, Brasil, 2014.

Diagnósticos	Resultados esperados	Intervenções de Enfermagem
Estilo de vida sedentário	Aptidão física, resistência e tolerância à atividade	Orientação para modificação do comportamento; Promoção de exercícios como alongamento e musculação;
Ansiedade	Auto controle da ansiedade e Enfrentamento.	Aconselhamento; Escutar ativamente, incentivando a narrativa; Promoção de exercícios
Conhecimento deficiente sobre promoção da saúde	Obter conhecimento sobre promoção da sua saúde	Orientação antecipada sobre dieta e prática de exercício físico; Orientação sobre a importância do uso diário da medicação

Durante a entrevista, a participante foi enfática na falta de motivação para prática de exercícios físicos, então para o diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário foram priorizadas as intervenções que além de orientar sobre a importância da realização de exercícios, também motivasse e envolvesse a participante nas atividades físicas.

A escolha por promover exercícios de alongamento e musculação está relacionada ao fato da participante ter osteoporose e artrose. A artrose por ser uma patologia causada por um processo degenerativo que acomete as articulações, o alongamento se mostra eficaz em recuperar ou restabelecer a amplitude de movimento das articulações e diminuir a dor nos pacientes (COMIM; PEREA, 2004).

Já contra a osteoporose, os exercícios de musculação atuam reduzindo pela metade a perda de massa óssea e causam um aumento da densidade mineral óssea prevenindo, assim, possíveis fraturas (LIMA; VASCONCELOS, 2003).

O estímulo para a prática de exercícios também se fez presente neste diagnóstico pelo fato que a aderência a um programa regular de exercícios pode melhorar significativamente o humor, a sensação de bem-estar, promovendo a redução de respostas fisiológicas ao estresse, diminuindo, dessa forma, os níveis de ansiedade (MINGHELLI et al, 2013). Reforçando ainda mais a importância da participante praticar regularmente atividades físicas.

Para o diagnóstico Conhecimento deficiente sobre promoção da saúde, foram planejadas atividades educativas voltadas para a prevenção do adoecimento cardiovascular. Orientações sobre dieta, prática de exercício físico e sobre a importância do uso diário da medicação para a dislipidemia, se mostram relevantes para que a participante compreenda os malefícios das práticas não saudáveis e se conscientize sobre a importância de melhorar seus hábitos e, conseqüentemente, melhore sua qualidade de vida.

Para Parse (1978), a Enfermagem tem a responsabilidade de orientar os indivíduos na escolha de possibilidades na modificação do processo de saúde, que será possível a partir de uma participação intersubjetiva com os sujeitos através de uma presença amorosa, verdadeira, com o outro para promover a sua saúde e qualidade de vida.

Durante a entrevista também foi possível observar que a participante sofre com angústias relacionada a problemas de saúde de familiares, além de estresse e pensamentos recorrentes de morte que acabaram favorecendo o aparecimento do diagnóstico Ansiedade.

As intervenções planejadas para esse diagnóstico envolveram uma escuta ativa com incentivo da narrativa e aconselhamento. Segundo Parse (1995), a Enfermagem deve orientar a pessoa para revelar o que está sentindo ou pensando para que ele ilumine os significados das situações vividas e escolha o modo de cocriar sua própria saúde.

Todas as intervenções planejadas neste estudo envolveram a orientação como forma de cuidado. Como dito, Parse em sua teoria aponta para o enfermeiro a responsabilidade de orientar o indivíduo para que ele ilumine os significados das situações vividas, e escolha o melhor modo de tratar sua saúde. As orientações aparecem, assim, como forma de cuidado, pois preparariam o sujeito para fazer escolhas e decidir o melhor caminho a se fazer na busca da saúde e da qualidade de vida.

Conclusão

O uso do processo de enfermagem, embasado no referencial teórico Human Becoming de Rosemarie Parse possibilitou o desenvolvimento de uma assistência pautada no conhecimento científico que permite uma abordagem mais humanística e participativa com o sujeito cuidado.

A aplicação da teoria de Parse fundamentando o processo de enfermagem só é possível quando o enfermeiro assume seus pressupostos, as crenças e os valores e modifica sua atitude. Nenhuma ação instrumental, por mais aperfeiçoada que seja, pode ser desvinculada dos aspectos humanísticos, e a teoria Human Becoming possibilita esse cuidado singular e de totalidade.

Referências

- CHAURICH, D; CROSSETTI, M.G.O. O elemento dialógico no cuidado de enfermagem: um ensaio com base em Martin Buber. Esc. Anna Nery [online]. vol.12, n.3, pp. 544-548, 2008.
- COMIM, A.T; PEREA, D.C.B.N. Análise da eficácia do uso do ultra-som e alongamento (inibição ativa) na avaliação do escore de dor em pacientes portadores de artrose de joelho. Rev Reabilitar;6(25):14-19, out.-dez. 2004.
- GIL AC. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 4ª ed.São Paulo (SP): Atlas; 2006.
- LIMA, M. M.; VASCONCELOS, V. R. A influência do treinamento com peso em mulheres como prevenção da osteoporose: uma revisão bibliográfica. Revista Digital Vida & Saúde, Juiz de Fora, v. 2, n.2, maio/jun, 2003.

MASCARENHAS, N.B; PEREIRA, A; SILVA, R.S; SILVA, M.G. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao portador de Diabetes Mellitus e Insuficiência Renal Crônica. Rev. bras. enferm. [online]. vol.64, n.1, pp. 203-208, 2011.

MENDES, M.J.F.L et al. Associação de fatores de risco para doenças cardiovasculares em adolescentes e seus pais. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. v.6, suppl.1, p. 49-54, 2006.

MINGHELLI, B et al. Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários. Rev. psiquiatr. clín. [online]. vol.40, n.2, pp. 71-76, 2013

NANDA Internacional. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014. Tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2013. 606p.

PARSE, R. R. Illuminations: the human becoming theory in practice and research. New York (USA): National League for Nursing; 1995.

VALE EG; PAGLIUCA LMF. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. Rev Bras Enferm. jan/fev; 64(1): 106-13, 2011.

PROCESSO DE ENFERMAGEM APLICADO AO CLIENTE COM VARICOCELE: UM ESTUDO DE CASO BASEADO NA TEORIA DE DOROTEA OREM

Wellhington da Silva Mota 1 – Universidade Regional do Cariri - URCA; weliguatu@hotmail.com
Águida Raquel Sampaio de Souza 2 – Universidade Regional do Cariri - URCA
Maysa de Oliveira Barbosa 3 – Universidade Regional do Cariri - URCA
Taciane Raquel Gomes do Carmo 4 – Universidade Regional do Cariri - URCA
Natácia Élem Felix da Silva 5 – Universidade Regional do Cariri - URCA
Nuno Damácio de Carvalho Félix 6 – Universidade Regional do Cariri - URCA

Palavras-chave: Varicocele. Sistematização da Assistência de Enfermagem. Teoria de Orem.

Resumo

A genitália masculina caracteriza-se como uma região bem vascularizada, uma vez que sua função sexual depende intimamente de um suprimento sanguíneo adequado e de uma drenagem venosa efetiva. Certos indivíduos podem apresentar uma série de alterações no seu padrão genital, como é o caso da varicocele. Esta é definida como uma dilatação, de caráter anormal, que acometem as veias que compõem o plexo pampiniforme, responsável pela drenagem testicular. Neste contexto, desenvolveu-se este estudo de caso clínico, com

um cliente submetido à internação com diagnóstico de varicocele em um hospital público da cidade Crato/CE. O objetivo deste estudo foi aplicar o Processo de Enfermagem (PE) de acordo com a teoria de Orem. Como instrumento, foi utilizado um formulário baseado na referida teoria, utilizando-se também das taxonomias da NANDA, NIC e NOC. Os dados encontrados foram analisados conforme a referida teoria. Nos resultados destacaram-se três diagnósticos de enfermagem: Risco de infecção; Dor aguda e Distúrbio da auto-estima. Concluiu-se que a utilização do PE à luz dessa teoria proporciona o cuidado de qualidade ao cliente

Introdução

A genitália masculina caracteriza-se como uma região bem vascularizada, uma vez que sua função sexual depende intimamente de um suprimento sanguíneo adequado e de uma drenagem venosa efetiva. Com estes mecanismos atuando regularmente, as respostas fisiológicas vão desde a ereção peniana durante o ato sexual até a nutrição dos espermatozoides no saco escrotal que posteriormente, poderão ser liberados.

Certos indivíduos podem apresentar uma série de alterações no seu padrão genital, como é o caso da varicocele. Esta é definida como uma dilatação, de caráter anormal, que acometem as veias que compõem o plexo pampiniforme, responsável pela drenagem testicular (COCUZZA, M.; COCUZZA, M. A.; BRAGAIS, F. M. P.; AGARWAL, A; 2008). A varicocele possui predominância entre a população latino-americana. Porém, as razões que explicam este fato ainda não são totalmente esclarecidas, bem como a etiologia em relação ao testículo esquerdo ser o mais afetado (MARRA, C. A.; TACCONI, M. J. A.; 2013).

Em geral, a varicocele pode ser gerada quando há defeitos nas válvulas das veias que drenam a região escrotal, ou quando estruturas adjacentes causam compressão desses vasos, ocasionando vasodilatação (MARRA, C. A.; TACCONI, M. J. A.; 2013). Outros possíveis mecanismos fisiopatológicos incluem a elevação da temperatura testicular, a hipertensão venosa testicular, presença de tumores, aglomeração catecolamínica nas veias espermáticas e, até mesmo, o estresse oxidativo excessivo (MARMAR, J. L.; 2001).

Já as hipóteses que explicam o acometimento, em maior escala, no testículo esquerdo baseiam-se na ideia de existir ausência das válvulas venosas nessa região, sendo comprometido, assim, o retorno venoso. Uma segunda afirmativa diz respeito a própria questão anatômica, em que a veia espermática esquerda é mais longa e desemboca na veia renal de forma reta (em um ângulo de 90° graus), o que leva ao aumento da pressão (CORRÊA, A. L.; 2010). O aumento dessa pressão associada à elevação da temperatura escrotal pode trazer, como grande consequência, a infertilidade. A explicação é simples: os espermatozoides não resistem a grande temperatura e, por isso, entram em apoptose.

Estudos apontam que a varicocele é considerada uma das principais causas de infertilidade masculina, prevalecendo entre 15% a 25% na população adulta, sendo 35% nos homens com infertilidade primária. Calculou-se, ainda, que 80% dos homens com infertilidade secundária são portadores da varicocele (SMITH, R.; KAUANE, H.; PARODI, D.; MADARIAGA, M.; RIOS, R.; MORALES, L et al.; 2006). Varicocele não é doença grave se tratada corretamente e no momento adequado. Como na maioria das enfermidades, diagnóstico precoce e controle médico periódico são fatores importantes para manutenção da qualidade de vida. Se a produção de esperma estiver comprometida pela varicocele, a cirurgia é a opção para corrigir a anomalia. Muitos casos de infertilidade masculina são resolvidos dessa maneira. Trata-se de uma cirurgia simples que requer curto período de internação e, em poucos dias, o paciente retoma suas atividades normais. As complicações do tratamento para varicocele podem incluir: Testículo atroficos, formação de coágulos sanguíneos, infecção, lesão no tecido escrotal ou nos vasos sanguíneos vizinhos.

Embasado em Orem apud Horta (1979), o autocuidado é a prática de atividades que o indivíduo inicia e executa em seu próprio benefício, na manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. A finalidade destas ações, de acordo com a mesma autora, é contribuir de maneira particular, na integridade, nas funções e no desenvolvimento do indivíduo. A teoria é expressa na íntegra pelos três requisitos de autocuidado: a) os universais: que interagem com os processos de vida e à manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humano, estes são comuns durante todos os estágios do ciclo vital, como as atividades cotidianas; b) de desenvolvimento: são expressões particularizadas dos requisitos universais específicas do processo de desenvolvimento, relacionadas a alguma experiência e/ou evento, como uma adaptação a mudanças físicas, a uma rotina de um novo trabalho ou acomodação de um novo estilo de vida; c) de desvio de saúde: é determinado em condições de doença, ferimento ou moléstia, como também pode ser consequência de avaliações médicas exigidas para diagnosticar e corrigir uma condição.

Observando a escassez de trabalhos que utilizam esta teoria para os cuidados de clientes submetidos à internação na clínica médica, como o caso da varicocele e levando em conta a alteração que esta internação causa na autopercepção físico-social do homem e ainda as contribuições que o enfermeiro pode agregar ao mesmo ao utilizar dessa teoria articulada ao método científico de aplicação da assistência, optou-se por realizar um estudo de caso que tem por objetivo aplicar o Processo de Enfermagem à cliente submetido à internação hospitalar com diagnóstico de varicocele de acordo com a teoria de Orem.

Metodologia

Trata-se de um estudo de caso clínico, realizado com um cliente submetido à internação no setor da clínica médica com diagnóstico de varicocele cuja assistência de enfermagem foi sistematizada de acordo com a teoria de Dorotea Orem. Gonçalves (2003) afirma que o estudo de caso privilegia um caso particular, uma unidade significativa, considerada suficiente para análise de um fenômeno e retrata a realidade específica e a multiplicidade de aspectos globais.

Este estudo foi realizado por seis discentes do 5º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri – URCA, além do professor orientador, durante o mês de julho de 2014 no decorrer das aulas práticas da disciplina de Saúde do Adulto no setor da Clínica Médica de um hospital público da cidade de Crato/CE. Como instrumento foi utilizado um formulário para coleta de dados baseado na teoria de Dorotea Orem, utilizando-se também das taxonomias da NANDA, NIC e NOC para o planejamento de enfermagem. Neste último foram determinados os diagnósticos de enfermagem, plano de cuidados e intervenções de enfermagem, os quais foram posteriormente avaliados, descrevendo assim, a evolução do estado de saúde do participante. Os dados encontrados foram analisados conforme a referida teoria.

Resultados e Discussão

O processo de enfermagem foi aplicado no setor da clínica médica. **Estado de Saúde:** G.J.L., 78 anos, sexo masculino, pardo, readmitido na clínica médica do Hospital de um Município do Crato do Ceará em diagnóstico de varicocele. **Sistema Familiar:** Nega antecedentes familiares de doenças hepáticas, doenças crônicas, cardíacas e/ou câncer. **Padrões de Vida, Orientação Sociocultural, Interação**

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

244

Social, Disponibilidade de Recursos e Fatores Ambientais Relevantes: aposentado, casado, católica, natural e procedente do município de Buriti-CE, residia com a esposa e filhos em casa própria, de alvenaria, com saneamento básico e luz elétrica, referia harmonia familiar. Histórico de etilismo e tabagismo. **Requisitos de Autocuidado:** Cliente comunicativo, cooperativo, alegre, não apresenta déficits de autocuidado nas eliminações e possui hábitos alimentares inadequados, com pouca ingestão de legumes verduras e frutas. Refere não possuir bom sono noturno, devido à desconforto no escroto constantes. Nega automedicação. Declara ser sedentário.

Ao Exame Físico Sinais Vitais: Pressão Arterial = 160x100 mmHg, Pulso = 84 bpm, Frequência Respiratória = 17 irpm, Temperatura = 36,4°C

Estado geral: Regular, deambulando, pele hidratada, turgor e elasticidade preservada, ausência de cicatrizes e manchas. **Cabeça, olhos, ouvidos, nariz egarganta (COONG):** Crânio normocefálico, ausência de depressões ou abaulamentos, couro cabeludo íntegro, higienizado, sem alopecia e pediculose, face e olhos simétricos, pupilas isocóricas, esclera normocorada, mucosa hipocorada, nariz sem presença de lesões e secreções, higiene oral preservada, língua íntegra, lábios hidratados, orelhas limpas, simétricas, com ausência de secreções, boa acuidade auditiva e visual. Pescoço com ausência de nódulos, tireóide palpável e sem anormalidades. **Tórax:** simétrico. **Sistema respiratório:** respiração espontânea, tóraco-abdominal, expansibilidade preservada, eupnéica, presença de murmúrios vesiculares. **Sistema cardiovascular:** Ritmo cardíaco regular, em dois tons (2T), bulhas cardíacas normofonéticas (BCNF), perfusão tissular-periférica prejudicada. Pulsos periféricos não palpáveis. **Abdômen:** Globoso, ruídos hidroaéreos (RHA) presentes, timpanismo presente, dor à palpação em quadrante inferior esquerdo. **Hábito urinário:** Diurese presente no período, urina concentrada, de coloração amarelo-escuro. **Habito intestinal:** Referia ausência evacuações intestinais. **Membros (MM):** Acesso venoso periférico em MSE por jelco, pérvio. **Demandaterapêutica de autocuidado:** sistema parcialmente compensatório. Devido à internação o cliente encontrava-se parcialmente dependente de enfermagem

Plano de Cuidados baseado na Teoria do Autocuidado de Orem Diagnósticos de enfermagem: 1- Risco para infecção, relacionado ao possível tratamento cirúrgico pela patologia em questão (varicocele); 2- Dor Aguda e/ou crônica relacionado ao processo patológico, conforme evidenciado por relato verbal; 3-Distúrbio da auto-estimarelacionado à alteração no órgão masculino evidenciado por verbalização dedúvidas e anseios quanto a dano a sua masculinidade devido à estética da região do escroto.

Plano de Cuidados: 1- Avaliar coloração, odor e temperatura no local da incisão; Administrar antibióticos de acordo com a prescrição; Estimular a tosse, a respiração profunda e a deambulação, para diminuir o risco de infecção pulmonar; 2-Avaliar localização, nível e caracterização da dor; Administrar medicamentos analgésicos prescritos; Incentivar a paciente a imobilizar a incisão, quando se movimentar; Incentivar a paciente a deambular logo que possível, para diminuir a flatulência e a distensão abdominal; 3-Permitir que a paciente expresse seus anseios e dúvidas; Tranquilizar o paciente, reforçando que ele ainda é masculino.

Evolução de Enfermagem

Após dois dias evoluiu com EGB, consciente, orientado no tempo e no espaço, sereno, deambulando, verbalizando. Ausência de sinais de infecção ou febre. Praticava exercícios respiratórios e verbalizava compreender as funções desses para sua recuperação. Verbalizava também diminuição da dor. O paciente referiu afirmações positivas sobre si mesma, além de perspectivas positiva de recuperação.

Conclusão

Com este estudo observou-se que o processo de enfermagem baseado na teoria de Orem possibilita a interligação entre o autocuidado e a contribuição das ações de enfermagem sistematizadas propiciando ao cliente com varicocele o desenvolvimento dos mesmos.

Referências

- BLUMER, C. G. **Efeitos da varicocele na função dos espermatozoides**. UFS, São Paulo, 2009.
- COCUZZA, M.; COCUZZA, M. A.; BRAGAS, F. M. P.; AGARWAL, A. **The role of varicocele repair in the new era of assisted reproductive technology**. Clinics, v. 63, n.3, p. 395- 404, 2008.
- CORRÊA, A. L. **Avaliação ultrassonográfica ao Duplex colorido da varicocele**. USP, São Paulo, 2010.
- GONÇALVES, Elisa Pereira. **Iniciação À Pesquisa Científica**. 3. ed. Campinas: Alínea, 2003. P.64-73.
- HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.
- LUND L.; LARSEN S. B. **Um estudo de acompanhamento da qualidade do sêmen e a fertilidade em homens com varicocele testículo e em indivíduos controle**. British Journal of Urology. 1998; 82:682-6.
- MARMAR, J. L. **A fisiopatologia da varicocele, à luz da informação molecular e genética atual**. Hum Reprod Update, p. 7:461-72, 2001.
- MARRA, C. A.; TACCONI, M. J. A. **Biomarcadores emergentes para diferentes patologias humanas**. Acta bioquím. clín. latinoam., v. 47, n. 2, p. 363- 376, 2013.
- NETTINA, S. M. **Prática de Enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- SMITH, R.; KAUANE, H.; PARODI, D.; MADARIAGA, M.; RIOS, R.; MORALES, L et al. **Increased sperm DNA damage in patients with varicocele: relationship with seminal oxidative stress**. Hum Reprod, v. 26, p. 986- 993, 2006.

Agradecimentos

Ao Programa de Educação Tutorial – PET pelo apoio financeiro.

PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO E SITUAÇÃO ATUAL DA POPULAÇÃO ADSCRITA DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Autor 1 – Sylvania Gomes de Oliveira Grangeiro – Instituição: UAPS José Paracampas/SMS; E-mail: syl_grangeiro@hotmail.com;

Autor 2 – Kilma Wanderley Lopes Gomes – Instituição: UAPS José Paracampas/SMS

Autor 3 – Wêlly Ferreira Grangeiro – Instituição: UAPS César Cals/SMS

Autor 4 – Lyvia Patrícia Soares Mesquita – Instituição: UAPS José Paracampas/SMS

Autor 5 – Marta Regina Carvalho de Oliveira Borges – Instituição: UAPS José Paracampas/SMS

Autor 6 (Orientadora) – Dr^a Maria Rocineide Ferreira da Silva – Instituição: Universidade Estadual do Ceará

Palavras-chave: Territorialização. Estratégia Saúde da Família.

Resumo

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi adotada pelo Ministério da Saúde em 1994 e está presente em 90% dos municípios brasileiros atendendo cerca de 102 milhões de pessoas, perfazendo uma cobertura de 53,74% da população. Em 1997 tornou-se a principal estratégia de organização da atenção primária à saúde (ROUQUAYROL, 2013). Para Starfield (2002), a atenção primária à saúde necessita de quatro elementos para se tornar eficaz, eficiente, reduzir as iniquidades e melhorar o estado de saúde da população, que são elas: acessibilidade, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde ²⁴⁶

O processo de territorialização é o primeiro passo para a organização do serviço na atenção primária à saúde com ênfase na implantação da Estratégia Saúde da Família. Ela representa o instrumento de organização e das práticas de saúde de determinada área que se pretende trabalhar. Ocorre a definição de território, com limites geográficos e população definida, onde se assumirá uma corresponsabilidade sanitária. Apesar de território ter vários significados, neste contexto da estratégia saúde da família fica não somente definido o espaço físico, mas a área de abrangência com uma dinâmica da população e suas relações sociais, culturais e econômicas, do processo de produção de saúde e doença, devido a estas interações. A partir deste momento haverá a análise dos dados obtidos com o cadastro das famílias da área adscrita e organização do serviço (CAMPOS, 2010).

Com o intuito de descrever a experiência do processo de territorialização e contextualizar a situação atual da equipe Rubi, sob o número do CNES 507 da Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) José Paracampos, de Fortaleza-CE, resolvemos expor os dados referentes a esta equipe.

Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi adotada pelo Ministério da Saúde em 1994 e está presente em 90% dos municípios brasileiros atendendo cerca de 102 milhões de pessoas, perfazendo uma cobertura de 53,74% da população. Em 1997 tornou-se a principal estratégia de organização da atenção primária à saúde (ROUQUAYROL, 2013). Para Starfield (2002), a atenção primária à saúde necessita de quatro elementos para se tornar eficaz, eficiente, reduzir as iniquidades e melhorar o estado de saúde da população, que são elas: acessibilidade, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado.

O processo de territorialização é o primeiro passo para a organização do serviço na atenção primária à saúde com ênfase na implantação da Estratégia Saúde da Família. Ela representa o instrumento de organização e das práticas de saúde de determinada área que se pretende trabalhar. Ocorre a definição de território, com limites geográficos e população definida, onde se assumirá uma corresponsabilidade sanitária. Apesar de território ter vários significados, neste contexto da estratégia saúde da família fica não somente definido o espaço físico, mas a área de abrangência com uma dinâmica da população e suas relações sociais, culturais e econômicas, do processo de produção de saúde e doença, devido a estas interações. A partir deste momento haverá a análise dos dados obtidos com o cadastro das famílias da área adscrita e organização do serviço (CAMPOS, 2010).

Com o intuito de descrever a experiência do processo de territorialização e contextualizar a situação atual da equipe Rubi, sob o número do CNES 507 da Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) José Paracampos, de Fortaleza-CE, resolvemos expor os dados referentes a esta equipe.

Metodologia

Relato de experiência de como ocorreu a territorialização. Em 2006, com a implantação do PSF neste Centro de Saúde, ocorreu a territorialização desta área com os oito agentes comunitários de saúde (ACS) existentes. A área de responsabilidade da unidade é extensa e haviam quatro equipes destinadas a dividirem o território de abrangência. Para melhor organização do serviço dividimos em quatro áreas. Constatamos que o número de pessoas/famílias é o triplo do que o preconizado pelo Ministério da Saúde.

Cada equipe teve três meses para reconhecer território, fazer o cadastro familiar, fazer avaliação das áreas de risco, organizar o serviço que até então funcionava com demandas vindas de todos os bairros, pois eram precários os serviços nas outras UAPS, pois não tinha profissionais suficientes. E esta UAPS era referência para diversos serviços: Oftalmologia, Ginecologia, Pediatria, Pneumologia (apesar de estar há 03 anos sem este profissional).

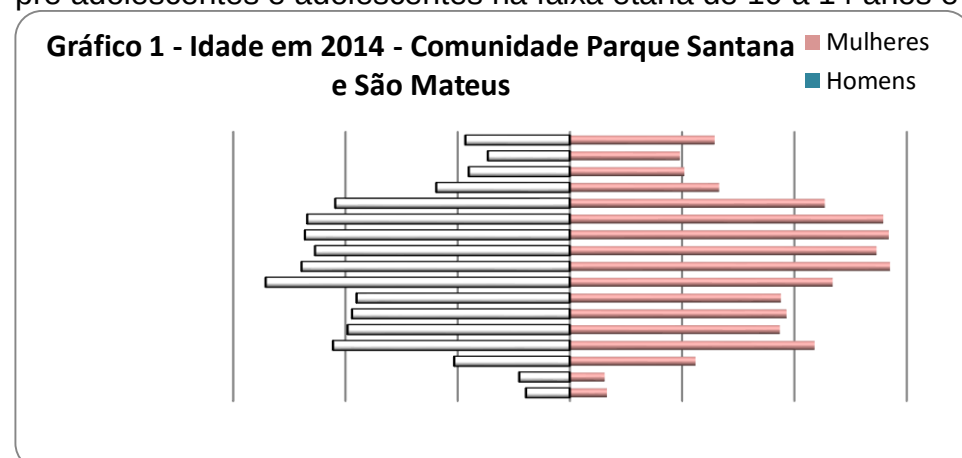
Logo, fomos ACS e enfermeira para o território com o intuito de fazermos o que o serviço queria: organizar o serviço e reconhecer o território de sua responsabilidade.

Resultados e Discussão

Sabemos a importância da territorialização para o reconhecimento da área de abrangência, bem como suas necessidades. Um dos pontos considerados importantes foi a questão das microáreas sem ACS, bem como a quantidade insuficiente. Necessidade de formação de grupo para melhoria do acesso para o idoso, visto que tínhamos hipertensos e diabéticos idosos e que não procuravam a UAPS, pois diziam que era longe, tinham dificuldades em conseguir consultas. Muitas vezes iam à Unidade e não eram atendidos.

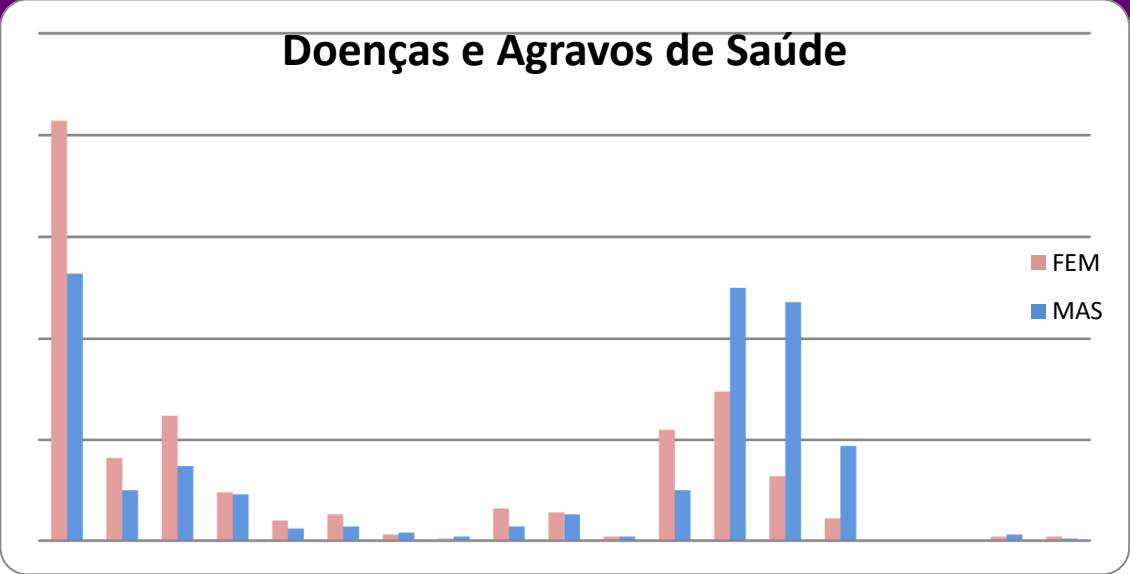
No primeiro contato obtivemos uma descrença pela maior parte da população. Como estávamos em um ano político (2006), eles acreditavam que o que estávamos fazendo era politicagem para angariar votos e que ao passar as eleições nós nunca mais voltaríamos à comunidade. Abaixo os gráficos revelam o que consideramos importante destacar.

O gráfico 1 refere ao sexo e faixa etária. Existem mais mulheres do que homens, exceto na faixa etária de 20 a 24 anos. Possuem mais pré adolescentes e adolescentes na faixa etária de 10 a 14 anos e adultos entre a idade de 20 a 49 anos.

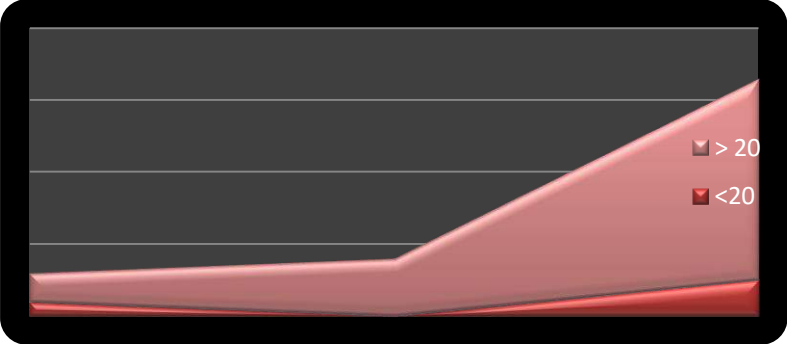


Nas micro áreas cadastradas com ACS, 97% da população acima de 6 anos é alfabetizada; todas as casas tem energia elétrica, água tratada, fossa séptica e ocorre a coleta de lixo 3x/semana.

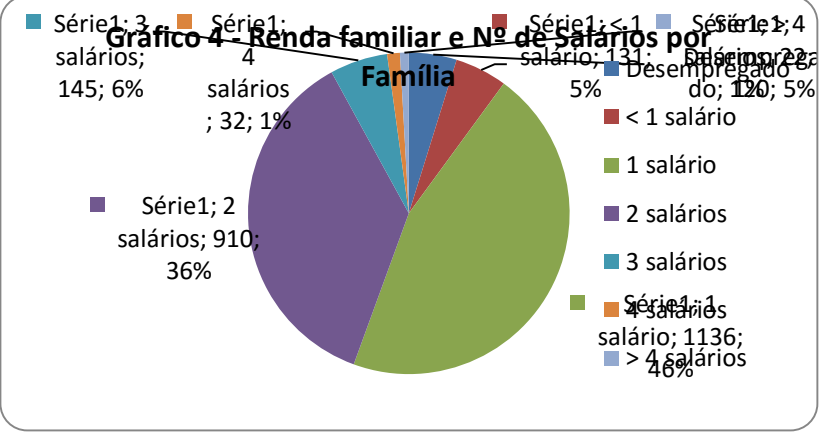
No gráfico 2 observamos que as principais doenças que acomete a população são as doenças crônicas hipertensão arterial sistêmica (HAS) e/ou diabetes melitus (DM) e asma; bem como problema de saúde mental e uso de álcool, tabaco e outras drogas.



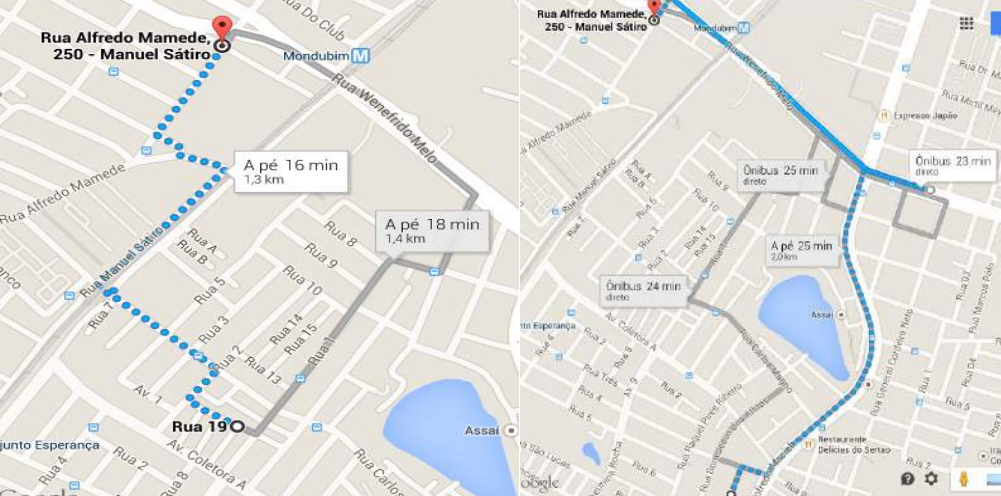
O gráfico 3 abaixo relaciona-se com as gestantes cadastradas e a utilização do serviços, onde podemos observar que poucas possuem plano de saúde e a maioria utiliza o Sistema Único de Saúde (SUS), seja na Atenção Primária, a maioria, seja na Atenção Terciária. (Fonte: Ficha A, 2014)



Em relação ao desemprego e salário, o gráfico 4 demonstra a realidade desta comunidade, onde 5% a família está desempregada e vivem de trabalho informal; os outros 5% correspondem a trabalhos informal e bolsa família; 82% da população têm de 1 a 2 salários.



O acesso à Unidade de Saúde pode acontecer por três locais: Conjunto Esperança, por dentro da comunidade ou pela Av. Godofredo Maciel. Dependendo do meio de locomoção que o usuário utiliza ele pode gastar de 6 a 35 minutos.



Conclusão

Com o final da territorialização observou-se a necessidade de mais ACS, que ocorreu a entrada em anos subsequentes, hoje estamos com 8 ACS, porém temos 3 microáreas ainda descobertas. Sendo que duas destas são consideradas de alto risco (risco de alagamento, falta de abastecimento de água adequada e esgoto, famílias desempregadas, drogas, prostituição).

A área permanece extensa com número de família e pessoas bem acima do que é recomendado pelo Ministério da Saúde. Doenças crônicas como HAS, DM e asma estão presentes e que necessitam de acompanhamento sistemático e contínuo. As gestantes com número acima do preconizado que demandam tempo da equipe. Além das gestantes das microáreas descobertas que também fazem o acompanhamento por esta equipe.

Foi desafiante, mas se revelou como possível organizar o serviço com melhoria do acesso, visto que a comunidade não acreditava nos serviços oferecidos. Além de produzir a visibilidade da Estratégia Saúde da Família com uma atenção qualificada e responsabilização sanitárias demarcadas, algo que até então não existia.

Referências

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. Manual Instrutivo. Brasília, 2011. 44p.

Campos GWS, Gutiérrez AC, Guerreiro AVP, Cunha GT. Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família. In: Campos GWS, Gutiérrez AC, Guerreiro AVP. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

Rouquayrol MZ, Gurgel M. Epidemiologia e Saúde. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013; 31:601-21.

Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

Agradecimentos

Agradeço a Deus primeiramente pelo Dom da vida, por meu esposo Williams; meus filhos: Lalá e Felipe; por meus pais (Mazinho e Lúcia) e irmãos (Júnior e Sofhia), por minha saúde e por meu trabalho.

Agradeço ainda à Professora e orientadora Dr^a Rocineide pela oportunidade de estar em seu grupo de pesquisa.

E à minha querida equipe (Kilma – médica; Angelina, Benedita, Edilson, Eudazio, Ivoneide (Tota), M^a de Jesus, Nilda e Sandra – ACS), pois se não fôssemos uma equipe unida não conseguiríamos desenvolver o trabalho que consideramos importante para a população como um todo, e principalmente aquelas pessoas que pertencem aos grupos de idosos (HAS/DM) e puericultura.

PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM EM SAÚDE E PRIMEIROS SOCORROS NO ÂMBITO ESCOLAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Janne Eyre Bezerra Torquato, Faculdade Leão Sampaio – FALS, nayara-torquato@hotmail.com.br;

Ana Luisa Carvalho Souza, Faculdade Leão Sampaio – FALS;

Bárbara Oliveira Davi, Faculdade Leão Sampaio – FALS;

Paulo Henrique do Nascimento Bem, Faculdade Leão Sampaio – FALS;

Valéria Florêncio da Silva, Faculdade Leão Sampaio – FALS;

Ariadne Gomes Patrício Sampaio – Faculdade Leão Sampaio e Universidade Federal do Cariri - UFCA

Palavras-chave: Primeiros socorros. Escola. Acidentes

Resumo

O crescimento das taxas de mortalidade por causas externas, a partir de 1980, fez com que o índice ocupasse o segundo lugar entre as causas de morte no país, onde estão inclusos os acidentes no ambiente escolar, que são muito comuns, podendo ocorrer a qualquer momento e quando não têm o atendimento adequado, podem deixar sequelas irreversíveis ou até mesmo ser fatais. O presente trabalho teve como objetivo relatar uma experiência vivida através de uma atividade de extensão do Núcleo de Intervenção do Processo Ensino-

Aprendizagem em Saúde vinculada à disciplina de Processo Ensino-Aprendizagem em Saúde do Curso de Graduação em Enfermagem de uma instituição particular da Região Metropolitana do Cariri. A atividade educativa foi realizada, com alunos do 1º. Ano de uma Escola Pública de Ensino Fundamental e Médio, no mês de maio de 2014. Os alunos participaram de forma ativa, voluntariando-se para práticas e expondo opiniões e crenças, Percebeu-se uma dificuldade na compreensão dos primeiros socorros e um grande interesse relacionado a questões culturais, geralmente, associadas a conhecimentos repassados por gerações mais antigas. Concluiu-se então, que a orientação dos alunos acerca prevenção de acidentes na escola e o cuidado frente a estes contribuem para a diminuição da morbimortalidade por acidentes, tornando o ambiente das instituições de educação mais saudável e seguro.

Introdução

Acidentes no ambiente escolar são comuns podendo ocorrer a qualquer momento. Em geral, os alunos aproveitam as pausas entre as aulas ou o horário de intervalo para lanche para correrem e brincarem. Muitas vezes essas atividades provocam acidentes, que, caso não tenham o atendimento adequado, podem deixar seqüelas irreversíveis. O professor na maioria das vezes não sabe como proceder diante da situação de emergência ou acidente (LEITE, et al., 2013).

Para Floriano (2010), existe hoje uma grande preocupação pelos órgãos especializados no atendimento em saúde para que, em caso de acidentes, a vítima seja atendida corretamente e encaminhada em segurança para o setor específico o mais rápido possível. Conhece-se como primeiros socorros então, aquele primeiro atendimento prestado à vítima antes do socorro especializado.

Os primeiros socorros, ainda segundo Floriano (2010), são procedimentos de urgência iniciais, prestados a uma vítima que sofreu algum tipo de acidente, cujo objetivo é não se restringir a preservação dos sinais vitais, mas principalmente o não agravo aos ferimentos das vítimas, para que posteriormente venha a receber os cuidados dos profissionais especializados dentro de um ambiente hospitalar capacitado.

Observa-se a importância de pessoas capacitadas nas escolas por meio de atividades educativas sobre a prevenção, avaliação e condutas dos funcionários em situação de emergência, pois as pessoas não têm informações específicas sobre o que fazer frente a um acidente o qual envolve atitudes simples relacionadas à prática de primeiros socorros e também os agravos que este pode causar (FIORUC et al., 2008, p.697).

O crescimento das taxas de mortalidade por causas externas, a partir de 1980, passam a ocupar o segundo lugar entre as causas de morte no país (GAWRYSZEWSKI; KOIZUMI; JORGE, 2004). No Brasil, em 2010, as causas externas de mortalidade foram o terceiro maior motivo de óbito da população total (COSTA et al., 2013).

Ainda para Costa et al., (2013), dentre esses eventos ditos acidentais, destacam-se os acidentes de transporte terrestre, quedas, afogamentos, envenenamentos e queimaduras. Para o ano de 2004, os acidentes de trânsito foram responsáveis por aproximadamente 1.275 milhões de mortes em todo o mundo. As quedas vitimaram cerca de 424 mil pessoas ao ano. Afogamentos e submersões causaram cerca de 388 mil mortes, atingindo principalmente crianças. Por envenenamento acidental, aproximadamente 346 mil pessoas são vitimadas todo ano. As queimaduras vitimam crianças menores que cinco anos e idosos, representando 310 mil mortes anualmente. Dados acerca da mortalidade em crianças menores de dez anos no Brasil durante 2006 apontam os acidentes com transporte como a principal causa de óbitos (29,3%), seguido dos afogamentos (21,1%), riscos à respiração (15,4%), agressões (7,0%) e as quedas (5,1%) (MALTA et al., 2007).

No período de 1998 a 2008, morreram, diariamente, 68 jovens de 15 a 24 anos por causas externas, totalizando aproximadamente 272,5 mil óbitos em todo o Brasil. Neste período entre jovens de idades entre 20 e 24 anos, as causas externas vitimaram 9 homens para cada mulher. Segundo dados da Tábua de Mortalidade do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, referente ao ano de 2009 (SOUZA et al., 2013).

Os motivos dessas mortes por causas externas podem ser vários, a falta de um simples atendimento imediato pode ser a causa de muitas dessas mortes, indicando que é necessário um maior investimento em educação para a população focando a prevenção de acidentes e a realização de cuidados imediatos básicos. Por isso o presente estudo mostra-se relevante.

A excitação para realização desse trabalho surgiu na vivência acadêmica, durante a realização de práticas da monitoria da disciplina de Urgência em Saúde, durante a graduação em enfermagem, em que ficou claro o pouco conhecimento do público alvo a cerca do tema abordado.

Como atividade de extensão da disciplina de Processo Ensino-aprendizagem em Saúde, escolheu-se essa abordagem por entender que a informação problematizada é um dos meios para auxiliar na tomada de decisões em uma situação de urgência. Optou-se por realizar a atividade educativa escolhendo como público alvo os próprios alunos de ensino médio, por acreditar que os jovens poderão praticar as técnicas abordadas e atuarem no socorro de forma adequada, minimizando os riscos das vítimas.

Metodologia

O presente trabalho trata-se de um relato de experiência de uma atividade de extensão do Núcleo de Intervenção do Processo Ensino-Aprendizagem em Saúde vinculada à disciplina de Processo Ensino-Aprendizagem em Saúde do Curso de Graduação em Enfermagem de uma instituição particular da Região Metropolitana do Cariri, situada no sul do Ceará.

A atividade educativa foi realizada, com alunos do 1º. Ano de uma Escola Pública de Ensino Fundamental e Médio, no mês de maio de 2014, após autorização da direção da instituição, respeitando os aspectos éticos segundo a Resolução 466/12 que aborda os aspectos éticos de pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012).

Realizou-se um plano de aula contemplando objetivos, conteúdo programático, metodologia, recursos didáticos e avaliativos.

Teve-

se como objetivo auxiliar na construção do conhecimento dos alunos sobre práticas relacionadas aos procedimentos de primeiros socorros. Foi realizada uma abordagem explicativa com um levantamento das questões de alguns procedimentos de primeiros socorros, e orientação através de aulas práticas e teóricas como medida fundamental para um bom enfrentamento.

Como estratégia de abordagem, utilizou-se slides contendo imagens e vídeos, com linguagem clara de algumas práticas de atendimento relacionada aos primeiros socorros. Foram realizadas manobras com voluntários para a correta demonstração do atendimento aplicado a cada situação. Para isso, foram utilizados materiais como: compressas, gases, talas, luvas, máscaras, catchup, colchonetes.

Resultados e Discussão

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde ²⁵⁰

Os professores, assim como o restante dos alunos, normalmente são os primeiros a ter conhecimento da lesão, e como geralmente não se tem um profissional especializado por perto, eles são responsáveis pelo primeiro atendimento à vítima (BERNARDES; MACIEL; VECCHIO, 2007).

Os alunos participaram de forma ativa, voluntariando-se para práticas e expondo opiniões e crenças. Percebeu-se uma dificuldade na compreensão sobre primeiros socorros e um grande interesse relacionado às questões culturais, geralmente, associadas a conhecimentos aprendidos com gerações mais antigas. As curiosidades indagadas demonstrou que os alunos queriam saber mais, uma vez que eles já possuem um conhecimento prévio associado a sua história de vida, pois Brandão (2004, p. 10) refere que “a educação pode existir livre e, entre todos, pode ser uma das maneiras que as pessoas criam para tornar comum, como saber, como ideia, como crença, aquilo que é comunitário como bem, como trabalho ou como vida”

Após um momento em que todos falaram sobre o que já sabiam e como agiam diante das situações de socorros é que foi abordada a prática, como técnica, do ponto de vista científico, de forma clara e didática, facilitando o entendimento dos alunos, que, por sua vez, demonstraram grande interesse e interatividade para com a equipe. Brandão (2004, p. 11) ainda acrescenta que “a educação participa do processo de produção de crenças e ideias, de qualificações e especialidades que envolvem as trocas de símbolos, bens e poderes que, em conjunto, constroem tipos e sociedade”. Os alunos foram orientados acerca de práticas relacionadas a procedimentos de primeiros socorros, por meio da integração prática e teórica, através do uso de material específico para cada situação abordada.

Os alunos foram orientados quanto ao atendimento correto às vítimas de alguns dos acidentes mais comuns no ambiente escolar, como a vítima queimada, por exemplo, os alunos receberam orientações quanto aos cuidados com a área lesionada, modos de limpeza, cobertura e aplicação de medicamentos na mesma.

Os principais motivos da epistaxe e condutas a serem tomadas nessa situação específica também foram esclarecidas juntamente com outros tipos de hemorragias.

Posteriormente foi feita uma avaliação interativa com os alunos com relação às práticas que foram ministradas no decorrer do projeto, sendo um feedback da realização das técnicas e em quais situações deveriam ser utilizadas.

Conclusão

Os professores, assim como o restante dos alunos, normalmente são os primeiros a ter conhecimento da lesão, e como geralmente não se tem um profissional especializado por perto, eles são responsáveis pelo primeiro atendimento à vítima (BERNARDES; MACIEL; VECCHIO, 2007).

Os alunos participaram de forma ativa, voluntariando-se para práticas e expondo opiniões e crenças. Percebeu-se uma dificuldade na compreensão sobre primeiros socorros e um grande interesse relacionado às questões culturais, geralmente, associadas a conhecimentos aprendidos com gerações mais antigas. As curiosidades indagadas demonstrou que os alunos queriam saber mais, uma vez que eles já possuem um conhecimento prévio associado a sua história de vida, pois Brandão (2004, p. 10) refere que “a educação pode existir livre e, entre todos, pode ser uma das maneiras que as pessoas criam para tornar comum, como saber, como ideia, como crença, aquilo que é comunitário como bem, como trabalho ou como vida”

Após um momento em que todos falaram sobre o que já sabiam e como agiam diante das situações de socorros é que foi abordada a prática, como técnica, do ponto de vista científico, de forma clara e didática, facilitando o entendimento dos alunos, que, por sua vez, demonstraram grande interesse e interatividade para com a equipe. Brandão (2004, p. 11) ainda acrescenta que “a educação participa do processo de produção de crenças e ideias, de qualificações e especialidades que envolvem as trocas de símbolos, bens e poderes que, em conjunto, constroem tipos e sociedade”. Os alunos foram orientados acerca de práticas relacionadas a procedimentos de primeiros socorros, por meio da integração prática e teórica, através do uso de material específico para cada situação abordada.

Os alunos foram orientados quanto ao atendimento correto às vítimas de alguns dos acidentes mais comuns no ambiente escolar, como a vítima queimada, por exemplo, os alunos receberam orientações quanto aos cuidados com a área lesionada, modos de limpeza, cobertura e aplicação de medicamentos na mesma.

Os principais motivos da epistaxe e condutas a serem tomadas nessa situação específica também foram esclarecidas juntamente com outros tipos de hemorragias.

Posteriormente foi feita uma avaliação interativa com os alunos com relação às práticas que foram ministradas no decorrer do projeto, sendo um feedback da realização das técnicas e em quais situações deveriam ser utilizadas.

Referências

BERNARDES, Emerson Luis; MACIEL, Francisco Araújo; VECCHIO, Fabrício Boscolo. **Primeiros Socorros na Escola: Nível de conhecimento dos Professores da Cidade de Monte Mor. Movimento & Percepção, Espírito Santo do Pinhal**, SP, v. 8, n. 11, jul/dez 2007.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é educação**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

COSTA, Divino M.; ABRANTES, Marcelo M.; LAMOUNIER, Joel A.; LEMOS, Antônio Tarcísio. **Estudo descritivo de queimaduras em crianças e adolescentes**. 2003.

FIORUC, Bianca Elisabete; MOLINA, Ana Claudia; JUNIOR, Walter Vitti; LIMA, Silvana Andréa Molina. **Educação em saúde: abordando primeiros socorros em escolas públicas no interior de São Paulo**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2008;10(3):695-702.

FLORIANO, Cinthya Oliveira. **Manual de Primeiros Socorros**. Associação dos Funcionários da UNC – Canoinhas/Porto União – 2009/2010.

GAWRYSZEWSKI, Vilma Pinheiro; KOIZUMI, Maria Sumie; JORGE, Maria Helena Prado de Melo. **As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20:995-1003, jul-ago, 2004.

MALTA, Débora Carvalho; MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros; SILVA, Marta Maria Alves; MACÁRIO, Eduardo Marques. **Perfil dos atendimentos de emergência por acidentes envolvendo crianças menores de dez anos** – Brasil, 2006 a 2007. Ciência & Saúde Coletiva, 14(5): 1669-1679, 2009.

SOUZA, Cecília Regina. **Primeiros Socorros no Ensino Fundamental**. Planaltina, Junho, 2013.

LEITE, Andreza Carla Queiroz Bezerra; FREITAS, Gislane Bernadino; MESQUITA, Márcia Maria Lira; FRANÇA, Raquel Raíza Ferreira; FERNANDES, Suzana Carneiro de Azevedo. **Primeiros Socorros nas Escolas**. Vol. 2 nº1, Jul,a Dez./2013.

PRODUÇÃO CIENTIFICA SOBRE A PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM ACERCA DA BIOSSEGURANÇA

Giselle Mary Ibiapina Brito – Universidade Federal do Piauí (UFPI) – giselleibiapina@hotmail.com
Daniela Furtado Rodrigues de Andrade – Universidade Federal do Piauí (UFPI)
Vanessa Moura Carvalho – Universidade Federal do Piauí (UFPI)
Tâmara Ravena Gonçalves Ferreira – Universidade Federal do Piauí (UFPI)
Marcos André Siqueira de Sousa – Universidade Federal do Piauí (UFPI)
Odinéa Maria Amorim Batista – Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Palavras-chave: Biossegurança. Enfermagem. Formação Profissional em saúde

Resumo

Introdução: Biossegurança é definida como um conjunto de ações destinadas a prevenir, controlar, reduzir ou eliminar riscos inerentes às atividades que possam comprometer a qualidade de vida. Dessa forma, são necessários procedimentos seguros e adequados em atividades de risco para aquisição de doenças pelos profissionais da saúde. **Objetivos:** Levantar artigos científicos publicados que ressaltem a relevância do uso de EPI's na prevenção e controle de infecções hospitalares associados a acidentes de trabalho. **Metodologia:** Estudo descritivo, de revisão integrativa da literatura, constituído a partir de consulta das bases de dados SCIELO (*Scientific Eletronic Library Online*) e LILACS (Literatura Latina Americana em Ciências da Saúde), de artigos publicados entre janeiro de 2007 a dezembro de 2013 e pesquisas realizadas com pacientes adultos, usando os descritores “biossegurança”, “formação profissional em saúde”, “enfermagem”. **Discussões:** Observou-se como principais causadores dos acidentes de trabalho com enfermeiros o descarte inadequado de perfuro cortantes, a sobrecarga de trabalho, a não utilização das normas de biossegurança e a deficiente supervisão e capacitação do trabalhador; sugeriu-se a construção de ambientes saudáveis e responsabilização por negligências à biossegurança. A

biossegurança foi, também, apresentada com um importante fator quanto à prevenção de riscos e o cuidado com o meio ambiente. **Conclusão:** Conclui-se que a adesão dos profissionais de enfermagem as medidas de biossegurança é baixa no ambiente hospitalar apesar, destes estarem expostos a vários riscos.

Descritores: Biossegurança, Formação Profissional em Saúde, Enfermagem.

Introdução

A exposição ocupacional a material biológico provoca danos à integridade física, mental e social constituindo os acidentes, que podem ser auto ou heteroinfligidos - os agravos. Este tipo de agravo tem sido um dos mais frequentes entre os trabalhadores da área da saúde (SOARES, SARQUIS et al, 2013).

Biossegurança é definida como um conjunto de ações destinadas a prevenir, controlar, reduzir ou eliminar riscos inerentes às atividades que possam comprometer a qualidade de vida. Dessa forma, são necessários procedimentos seguros e adequados em atividades de risco para aquisição de doenças pelos profissionais da saúde. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária estabelece a segurança como critério básico para alcançar a qualidade de atenção ao paciente, sendo que as diferentes visões dos profissionais ajudam a definir quais são as prioridades nacionais e desta forma construiu-se um projeto adaptado à realidade brasileira nas linhas do programa da OMS.

O campo da Biossegurança discute hoje temas complexos que integram objetos tratados por diferentes áreas do conhecimento científico, como a ecologia, a epidemiologia, a biotecnologia, a bioética, a sociologia, dentre outras, numa exigência reflexiva que não é mais possível de ser abarcada pelas disciplinas tradicionais. Essa perspectiva interdisciplinar da Biossegurança possibilita a articulação de aspectos teóricos, elementos históricos, políticos, ideológicos, subjetivos e culturais em um processo de construção de conhecimento que procura responder aos desafios teóricos e práticos impostos pelas constantes mudanças no mundo, decorrentes das intervenções humanas sobre a natureza, mediadas pelos avanços científicos e tecnológicos (ROCHA et al, 2012).

As ações propostas pela Biossegurança contribuem para o controle do risco de disseminação das doenças emergentes e reemergentes, na medida em que, ainda que não seja possível prever o momento exato do aparecimento de um determinado agravo, é possível avaliar o risco de sua introdução, em tempo de serem aplicadas medidas de prevenção, ou ações de enfrentamento de seus possíveis danos (ROCHA, et al, 2012).

As propostas da ANVISA para segurança do paciente visam à melhoria da qualidade no atendimento hospitalar e a adesão do Brasil à Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Alguns temas são destacados como a higienização das mãos, a segurança do sangue e hemoderivados em transfusões, a administração segura de medicamentos em procedimentos cirúrgicos, o saneamento e o gerenciamento dos resíduos (CARARRO et al, 2012).

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica. Realizou-se busca, pelo acesso *online* nas bases de dados SCIELO (*Scientific Eletronic Library Online*) e LILACS (Literatura Latina Americana em Ciências da Saúde. Os descritores foram “biossegurança”, “formação profissional em saúde” “enfermagem” unidos em díades pela lógica booleana “and”. Os artigos foram selecionados conforme os seguintes critérios de inclusão: idiomas em português, texto completo disponível, ano de publicação entre janeiro de 2007 a dezembro de 2013 e pesquisas realizadas com pacientes adultos. Foram excluídos os artigos em duplicidade, por meio de leitura criteriosa dos títulos e resumos, as revisões bibliográficas, e os que não atendiam aos objetivos da pesquisa.

Resultados e Discussão

Soares et al (2013), relata uma pesquisa descritiva e exploratória realizada na Clínica Médico-Cirúrgica de um hospital de médio porte do interior do Paraná. Na análise dos resultados, a taxa de incidência de acidentes com agulha foi de 307,70 por mil no período estudado em uma frequência de 30,8%. A taxa de incidência pode servir como parâmetro para avaliar a organização das unidades hospitalares. Sendo assim, alguns aspectos merecem reflexão, como a estrutura do serviço, o tipo e a disponibilidade de material e de profissionais, de modo a melhorar os padrões de segurança desses serviços.

As semelhanças nas condições de trabalho entre hospitais do interior fazem-nos pensar que as questões levantadas neste estudo possam servir de parâmetro a outras instituições em semelhantes condições.

As causas dos acidentes de trabalho com material biológico apresentaram muitas similaridades. Entre os agentes materiais, o perfuro cortante foi a causa primária de todos os acidentes; o seu descarte inadequado/incorreto foi fator responsável por todos os acidentes desta pesquisa. Esta realidade é encontrada em outros estudos que abordam esta temática, os quais apontam que a exposição percutânea com agulhas envolvendo sangue são as mais comuns entre os trabalhadores de enfermagem. Essas exposições oferecem maior risco de soro conversão aos patógenos veiculados pelo sangue, portanto são consideradas de maior gravidade.

Gallas e Fontana (2010), em sua pesquisa ao investigar-se a concepção dos indivíduos acerca de sua exposição a riscos no ambiente de trabalho, percebe-se que os mesmos têm consciência dos perigos aos quais estão submetidos por consequência de suas atividades laborais.

Os trabalhadores estudados utilizaram recipientes inadequados tanto para o transporte, quanto para o descarte final. Os locais de trabalho devem dispor, entre outros itens, de estrutura adequada para o descarte de perfuro cortantes.

Entre os agentes institucionais encontraram-se: a sobrecarga de trabalho, as condições do trabalho noturno e a realização inadequada dos procedimentos de enfermagem, como agravantes para a sua ocorrência. A sobrecarga no trabalho ocorre pelas condições em que este se organiza e desenvolve. O baixo quantitativo nos serviços, regime de turnos, plantões e os baixos salários, comuns entre os trabalhadores de saúde, implicam na dupla jornada de trabalho. A exaustão física e emocional são apresentados como fatores de risco desses acidentes.

Cararro et al (2012), relata um estudo qualitativo exploratório, realizado em uma universidade pública do sul do Brasil, com 17 acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem.

Os dados demonstraram que os acadêmicos consideram ser interessante o estudo da biossegurança discutida na graduação, entendendo ser forma de proteção para o profissional e para os pacientes e familiares, evitando danos e erros em suas condutas. No ambiente hospitalar, em que muitos trabalhadores atuam, existe muitos riscos ocupacionais, e "a adoção de normas de biossegurança no trabalho em saúde é condição fundamental para a segurança dos trabalhadores, qualquer que seja a área de atuação, pois os riscos estão sempre presentes".

Outra compreensão dos acadêmicos envolve a importância de utilizar os materiais de proteção individual, assim como o destino de materiais contaminados, sendo que estas ações de prevenção às contaminações e possíveis acidentes, estão relacionadas às normas de biossegurança.

Rocha et al (2012), propõem ações capazes de prevenir e controlar riscos de agravo a saúde ambiental e humana. Apresenta a biossegurança como a busca pelo controle dos riscos que o trabalho e o desenvolvimento científico/tecnológico podem conduzir à natureza e à vida no planeta.

Os riscos globais (ecológicos, ambientais, políticos e sociais) e as preocupações com a segurança da apropriação da ciência e da técnica em nome do progresso e do desenvolvimento material levaram a Organização das Nações Unidas (ONU) a busca de acordos que estabelecessem um compromisso com o meio ambiente. Visando tais objetivos, na conferência realizada em Estocolmo (1972) foi estabelecida a busca de um sistema de equilíbrio entre crescimento econômico, justiça social e sustentabilidade; na ECO92 obteve-se como resultados principais a conservação da diversidade biológica e o uso sustentável dos seus componentes; o protocolo de Cartagena tem como principal objetivo evitar que materiais transgênicos possam trazer riscos ao meio ambiente e à saúde humana.

O protocolo internacional de biossegurança orienta que havendo indícios da ocorrência de riscos ao meio ambiente e/ou a saúde humana sejam tomadas providências no sentido de evitá-los, ainda que não haja evidência científica sobre seus reflexos ou consequências. Atribuindo, assim, à biossegurança a função de garantir a integridade ambiental, através do monitoramento e fiscalização dos processos de intervenção do meio ambiente.

Segundo Rocha et al (2012) as modificações ambientais em escala global, associadas a mudanças climáticas, resultantes de fenômenos com maior ou menor participação antrópica no seu desenvolvimento ou intensidade, têm alterado os padrões de distribuição de populações de vetores e reservatórios de doenças, e favorecido a replicação de patógenos. O surgimento e o ressurgimento de doenças têm ainda como causa outros fatores relacionados à diminuição do suporte social que leva ao desemprego e à marginalização econômica de uma parcela significativa da população.

As ações propostas pela biossegurança têm como finalidade, neste caso, o controle do risco de disseminação das doenças emergentes e reemergentes, avaliando o risco de sua introdução para que seja possível introduzir medidas de prevenção ou ações de enfretamento dos seus possíveis danos.

A realização dos procedimentos de enfermagem de forma insegura sem a adoção de precauções padrão expõe mais o trabalhador ao risco biológico, pelas atividades que realiza junto aos pacientes que possuem doenças infecto-contagiosas em um ambiente que é tipicamente insalubre. A ausência de equipamentos mais seguros, de acordo com as normas vigentes é um fator que contribui para a alta taxa de acidentabilidade.

Aspectos ligados à prevenção desses acidentes deveriam valorizar a necessidade de se aliar estratégias, como a supervisão a um processo educativo reflexivo para que estas possam ser incorporadas.

Conclusão

A adesão das medidas de biossegurança pelos profissionais de enfermagem ainda é baixa no ambiente hospitalar apesar, destes estarem expostos a vários riscos, pois os mesmos só utilizam medidas de proteção apenas nas situações que o diagnóstico da doença é conhecido. Reforça-se a necessidade da educação permanente dos profissionais da enfermagem sobre a temática de biossegurança e saúde do trabalhador.

Referências

CARARRO, T. E. et al. A biossegurança e segurança do paciente na visão de acadêmicos de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. [online]. 2012, vol.33, n.3, pp. 14-19. ISSN 1983-1447.

GALLAS, S. R.; FONTANA, R. T. Biossegurança e a enfermagem nos cuidados clínicos: contribuições para a saúde do trabalhador. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [online]. 2010, vol.63, n.5, pp. 786-792. ISSN 0034-7167.

ROCHA, S. S.; BESSA, T. C. B.; ALMEIDA, A. M. P. Biossegurança, Proteção Ambiental e Saúde: compondo o mosaico. **Ciência e Saúde Coletiva** [online]. 2012, vol.17, n.2, pp. 287-292. ISSN 1413-8123.

SOARES, L. G.; SARQUIS, L. M. M.; KIRCHHOF, A. L. C.; FELLI, V. E. A. Multicausalidade nos acidentes de trabalho da Enfermagem com material biológico. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2013, vol.66, n.6, pp. 854-859. ISSN 0034-7167.

Agradecimentos

Gostaríamos de agradecer a todas as pessoas que contribuíram para a realização do presente trabalho, a universidade por possibilitar a produção deste trabalho.

PRODUÇÃO DE MINI-CARTAZ SOBRE POSTURAS PARA PNEUMOPATAS ATENDIDOS EM UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PULMONAR NA CIDADE DE FORTALEZA/CE

Geisyani Francisca Gomes Prudente- Universidade Federal do Ceará, email: geisyani@alu.ufc.br
Guilherme da Silva Pessoa- Universidade Federal do Ceará
Samya Rebeca Rocha Ferreira- Universidade Federal do Ceará
Thiago Brasileiro de Vasconcelos- Universidade Federal do Ceará
Andréa da Nóbrega Cirino Nogueira- Universidade Federal do Ceará
Raimunda Hermelinda Maia Macena (Orientador) – Universidade Federal do Ceará

Palavras-chave: Promoção da saúde. Mini-cartaz. Pneumopatas.

Resumo

A doença pulmonar obstrutiva crônica é progressiva e está relacionada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões à inalação de partículas e/ou gases tóxicos, sobretudo a fumaça de cigarro. Embora acometa primariamente os pulmões, diversas manifestações extrapulmonares, estruturais e funcionais relacionadas a esta enfermidade têm sido descritas. O aumento do número de células inflamatórias; a diminuição do condicionamento; alterações posturais; à reorganização das cadeias musculares têm sido relacionadas à sobrevida e ao estado geral de saúde dos pacientes. Este estudo teve como objetivo descrever o processo de construção de um mini-cartaz destinada à promoção da saúde de pneumopatas atendidos em um programa de reabilitação pulmonar na cidade de fortaleza/CE. Realizou-se uma pesquisa-ação desenvolvida em cinco etapas: escolha do tema; escolha das principais posturas que os pacientes apresentam dificuldades de execução; registro das fotos das posturas, preparação do conteúdo; validação e impressão do material. O trabalho resultou na produção da versão final do material em formato de mini-cartaz adesivo, colorido em tamanho A3. A participação

ativa da equipe multidisciplinar e dos pacientes, com o uso de estratégia dialógica e coletiva, permeou o processo de construção do mini-cartaz. A produção do mini-cartaz postural para AVDs para pneumopatas mostrou-se ferramenta eficaz para contribuir no processo educativo sobre a melhoria da qualidade de vida em especial no que se refere a questão da execução correta de determinadas AVD's, no intuito de promover melhor funcionalidade, conservação de energia com um menor dispêndio de oxigênio.

Introdução

As pneumopatias representam um conjunto de alterações fisiológicas que têm impacto nos aspectos biopsicossociais do indivíduo. São conhecidas diversas doenças pulmonares, categorizadas em restritivas e obstrutivas e que podem acometer todas as faixas etárias, em especial adultos e idosos, por conta do processo de senilidade e fatores de risco. No aspecto funcional, as pneumopatias levam a uma série de restrições, que englobam não só a questão anatomo-funcional, mas também de atividade e participação, envolvendo os fatores pessoais e ambientais podendo agir como facilitadores ou barreiras para as atividades da vida diária (AVD's), atividades da vida prática (AVP's) ou atividades laborais do indivíduo (MARQUES, 2013).

Sabidamente, por conta do fator crônico de tais afecções, a terapêutica empregada está ligada à manutenção da capacidade pulmonar e funcional, através de intervenções medicamentosas que envolvem a prescrição de anticolinérgicos e corticosteroides (MENEZES, 2011). A inserção do paciente em um programa de reabilitação também é fator positivo ao prognóstico, uma vez que trabalha com a melhora do desempenho funcional e da qualidade de vida, através de um programa de exercícios, que tem impacto positivo sobre o condicionamento físico, a diminuição da massa muscular e a perda de peso (WEHRMEISTER, 2011).

Um programa de reabilitação pulmonar, desenvolvido em nível de atenção terciária, é uma alternativa à manutenção da sobrevida de tais pacientes, uma vez que promove o controle dos fatores de risco envolvidos na exarcebação da doença e trabalha com os pacientes no período inter-crise, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida. O programa conta com uma equipe multidisciplinar, possibilitando uma visão holística do paciente, respeitando o princípio da integralidade. A questão da prevenção secundária, instituída através de atividades educacionais, é parte integrante do processo de reabilitação, pois parte do pressuposto do empoderamento do paciente quanto à sua saúde, tornando-o corresponsável pelo não surgimento de comorbidades durante o período de reabilitação. Dessa forma, as atividades devem ser objetivas, simples, claras e envolver a participação dos pacientes (NASCIMENTO, 2013).

Muitas são as formas de se promover saúde e prevenir agravos. As atividades que envolvem a ludicidade parecem ser as que mais surtem resultados positivos: teatro, dança e música são estratégias singulares na efetividade de transmissão da informação. No entanto, a construção de materiais de cunho visual, tais como mini-cartazes, onde se utiliza a fotometria e legenda explicativa também causam inferências positivas e costumam ter mais aceitação no público adulto e idoso (MACENA, 2013).

O conteúdo de tais materiais pode ser dos mais variados tipos e obedecer a finalidades diversas, por conta da grande abrangência do programa em diversificados pontos de vida do indivíduo ou a depender do profissional que o produza. No caso da Fisioterapia, é necessário abordar a questão da execução correta de determinadas AVD's, no intuito de promover melhor funcionalidade, corroborando para a melhora da estratégia de conservação de energia e proteção articular, em posicionamentos que geram menor desgaste e diminuem a dispnéia, nas atividades sentadas, de subir e descer degraus, no banho, ao abaixar-se e levantar-se e dormir (VELLOSO, 2004). O objetivo desse estudo foi descrever o processo de construção de mini-cartaz postural educativo com vistas a desenvolver ações de promoção da saúde junto a pneumopatas atendidos em um programa de reabilitação pulmonar.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo da prática discente-extensionista através do método da pesquisa-ação. O ciclo realidade-teorização-realidade foi utilizado durante o processo de desenvolvimento do material educativo, sendo adotada a visão sociocultural da comunicação visual por meio de mini-cartaz educativo com explicações de seis posturas a serem adotadas por pneumopatas a fim de melhorar o cansaço percebido e dispneia em atividades cotidianas. Sendo assim, intitulado como: “*seis posturas que diminuirão o seu cansaço*”.

Para o desenvolvimento do material foi realizada a seguinte sequência:

Escolha do tema: Inicialmente, houve uma reunião envolvendo todos profissionais do programa, onde foram elencadas as demandas de informação dos usuários. Foi observada a necessidade de abordagem desse tema devido importância da minimização de esforços desnecessários em situações rotineiras e nas AVDs dos pacientes.

Seleção e escolha das principais posturas que os pacientes apresentam dificuldades de execução: Foi realizado um levantamento do relato dos pacientes e uma revisão de literatura na biblioteca virtual de saúde (BIREME), com 13 estudos em língua portuguesa, nos anos de 2004 a 2014 e que abordavam a temática postura e conservação de energia.

Registro das fotos das posturas: Devido a dificuldade de localização de imagens adequadas em relação às AVDSs, os próprios autores foram fotografados em posições pré-estabelecidas. Utilizou-se uma câmera fotográfica Sony Cybershot®, a iluminação das fotos foi favorecida pelo ambiente e local da sessão de fotos. Os autores deram a preferência a locais bem iluminados e que não fossem movimentados. As fotos foram captadas de todos o ambiente e o indivíduo, afim que não houvesse dúvida sobre a forma de realização das posturas. As imagens foram processadas no Paint®2007 e o mini-cartaz foi criado no programa Microsoft Office PowerPoint®2007.

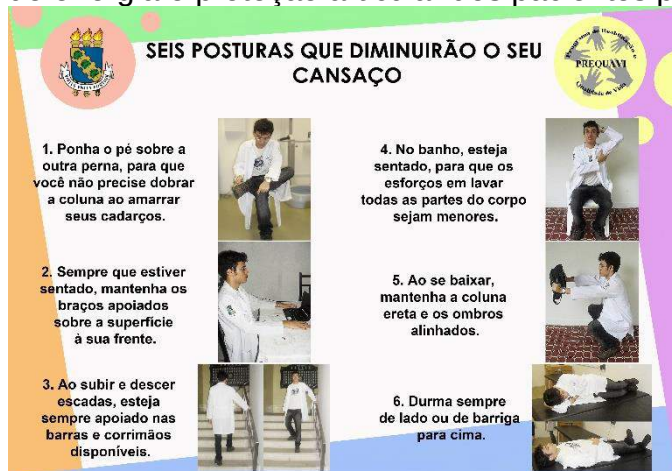
Preparação do conteúdo: Abaixo de cada imagem foi descrito de forma sucinta e explicativa o que cada imagem representava. Como exemplo, a imagem que ilustra o paciente tomando banho, esta descrita na figura que: “*no banho, esteja sentado, para que os esforços em lavar todas as partes do corpo sejam menores*”; em outra imagem com o paciente calçando os sapatos explica que: “*Ponha o pé sobre a outra perna, para que você não precise dobrar a coluna ao amarrar seus cadarços*”. O trabalho resultou na produção da versão final do material em formato de mini-cartaz colorido em folha A3. A imprensa universitária da Universidade Federal do Ceará foi responsável pela impressão dos mini-cartazes.

Validação e impressão do material. Os mini-cartazes foram fixados no ambulatório de pneumologia a fim de serem visualizados e explicados para os pacientes pneumopatas. Após a explicação inicial era solicitado uma avaliação informal dos pacientes acerca do conteúdo e layout dos mini-cartazes. Os mini-cartazes foram entregues aos pacientes atendidos na reabilitação pulmonar e foi solicitado que os mesmos fixassem em ambientes domiciliares e, após 2 semanas, era solicitado uma avaliação informal dos pacientes acerca do conteúdo e layout dos mini-cartazes.

O mini-cartaz foi elaborado no mês de julho de 2013, por quatro pesquisadores sendo dois acadêmicos extensionistas, um enfermeiro e uma fisioterapeuta. Todos os envolvidos no estudo compõem a equipe do programa de reabilitação pulmonar em um hospital-escola de nível terciário no município de Fortaleza, Ceará.

Resultados e Discussão

As afecções pulmonares são um importante problema de saúde pública por seus índices de morbidade-mortalidade e incapacidade, sendo caracterizada muitas vezes, pela obstrução progressiva do fluxo aéreo, gera uma série de complicações desencadeando dentre elas as alterações posturais, devido à reorganização das cadeias musculares com conseqüentemente prejuízos para a funcionalidade e qualidade de vida. Assim, a correção postural em algumas atividades cotidianas irá auxiliar o paciente no manejo de sua patologia, diminuindo a falta de ar e o cansaço, promovendo assim o bem-estar (VELOSO;JARDIM, 2006; PACCHIONI, 2011). Deste modo, as posturas escolhidas para serem inseridas no mini-cartaz educativo, através de fotometria, foram baseadas em estratégias corporais de conservação de energia e proteção articular dos pacientes pneumopatas, as orientações posturais foram:



1. Ensinar o paciente cruzar uma perna sobre a outra evita que o paciente faça flexão de tronco durante o ato de colocar e retirar os sapatos.
2. A segunda orientação explica que sempre que o paciente estiver sentado, manter os braços apoiados sobre a superfície a sua frente.
3. Explica que ao subir e descer escadas, o paciente deve estar sempre apoiado nas barras e corrimãos disponíveis.
4. Sugere que no banho o paciente esteja sentado, para que os esforços para lavar todas as partes do corpo sejam menores.
5. Mostra que o paciente ao se baixar, deve manter a coluna ereta e os ombros alinhados.
6. Diz que o paciente deve dormir de barriga para cima ou de lado a fim de melhorar a ventilação pulmonar.

A utilização das técnicas de conservação de energia é preconizada em todos os programas de reabilitação pulmonar com a finalidade de diminuir a sensação de dispneia e de prevenir, reduzir e retardar o aparecimento das disfunções durante a realização das AVD, aumentando a capacidade funcional dos pacientes. Devido a isto, é necessária a divulgação dessas técnicas através de mini-cartazes, para que possa servir de orientação quanto à forma mais eficiente e com menor gasto energético, a fim de evitar o desconforto e a dispnéia (VELOSO; JARDIM, 2006)

Para o desenvolvimento do empoderamento individual, as ações e as estratégias sociais e de saúde devem estar direcionadas a um processo de construção de autoestima, autoconfiança e independência nos indivíduos, a estratégia utilizada por meio de mini-cartaz faz com que o individuo reflita sobre a postura desenvolva hábitos corretos que beneficie a saúde (SOUZA, 2014).

O estudo apresentou limitações importantes devido a reduzida quantidade de posturas que foram escolhidas. A impressão dos materiais em forma de A3 facilitou a visualização das imagens, porém tornou-se um material de distribuição muito grande.

Conclusão

Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação para seu enfrentamento e resolução, desse modo, a proposta com utilização de mini-cartaz postural em pneumopatas atendidos em um programa de reabilitação pulmonar mostra-se eficaz nesse processo educativo de reflexão e empoderamento do paciente na sua qualidade de vida.

Referências

- BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & saúde coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.
- LIMA, Paulo Autran Leite; DE SANTANA, Larissa Santa Rosa. Alterações biomecânicas em portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica. **Aracajú**, p. 2-6, 2010.
- OLIVEIRA, Vânia Lúcia Bezerra et al. Modelo explicativo popular e profissional das mensagens de mini-cartazes utilizados nas campanhas de saúde. **Texto contexto - enferm. [online]**. 2007, vol.16, n.2, pp. 287-293.
- PACHIONI, Célia Aparecida Stellutti et al. Avaliação postural em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. **Fisioter. Pesqui.** [online]. 2011, vol.18, n.4, pp. 341-345.
- SOUZA, Janaina Medeiros de et al. Aplicabilidade prática do empowerment nas estratégias de promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2014, vol.19, n.7, pp. 2265-2276.
- MARQUES, A; Jácome, C; Gabriel, R; Figueiredo, D. Comprehensive ICF core set for obstructive pulmonary diseases: validation of the activities and participation component through the patient's perspective. **Disabil Rehabil.** n. 35. V.20. Setembro. 2013.
- MENEZES, A.M.B. Tratamento farmacológico da DPOC. **J. bras. pneumol.**, São Paulo , v. 37, n. 4, Agosto. 2011
- WEHRMEISTER, F.C. Programas de reabilitação pulmonar em pacientes com DPOC. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v. 37, n. 4, Agosto. 2011 .
- NASCIMENTO, O. A; IAMONTI, V.C; JARDIM, J.R. Reabilitação pulmonar. **Pulmão**. n.22.v.2. Rio de Janeiro. 2013.
- MACENA, R.H.M. **Fisioterapia e promoção da Saúde**. Fortaleza: Premium, 2013. 216p.
- VELLOSO, M. **Estudo do gasto energético durante a realização de atividade da vida diária com e sem o uso das posturas preconizadas pelas técnicas de conservação de energia em pacientes com DPOC**. Tese. São Paulo; s.n; 2004.
- VELLOSO M., JARDIM, J. R . Funcionalidade do paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica e técnicas de conservação de energia. **J Bras Pneumol**. v. 32, n. 6, p. 580-6, 2006.
- REBERTE, L.M, HOGA, L.A.K, GOMES, A.L.Z. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 1, n 20, 2012.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde²⁵⁷

Agradecimentos

A todos os participantes do Programa de Reabilitação e Qualidade de Vida- PREQUAVI, incluindo extensionistas, residentes, profissionais e os pacientes. Agradecemos também a pró-reitoria de extensão por prover recursos para o andamento do programa e a imprensa universitária da Universidade Federal do Ceará, pela impressão dos materiais educativos. Pois só o trabalho em equipe propicia o nosso objetivo que é a qualidade de vida de nossos pacientes.

PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS POR ENFERMEIROS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DE PACIENTES

Luciana Vieira de Carvalho – Universidade Federal do Ceará. E-mail: lucianavcarvalho@hotmail.com

Aline Cruz Esmeraldo Áfio – Universidade Federal do Ceará.

Aldiana Carlos Balbino - Universidade Federal do Ceará.

Natália Rodrigues Oliveira - Universidade Federal do Ceará.

Míria Conceição Lavinas Santos - Universidade Federal do Ceará.

Maria Dalva Santos Alves - Universidade Federal do Ceará.

Palavras-chave: Tecnologia Educacional; Enfermagem; Promoção da Saúde.

Resumo

Objetivou-se analisar o conceito de tecnologia educacional, produzido pela Enfermagem, aplicada ao paciente. Utilizou-se Modelo Evolucionário de Análise de Conceito, identificando-se antecedentes, atributos e consequentes. Selecionaram-se 13 artigos para análise nos quais se identificaram os antecedentes: deficiência de conhecimento, escassez de tempo dos profissionais, otimizar trabalho da enfermagem, atingir as metas dos pacientes; atributos: ferramenta, estratégia, abordagem inovadora, abordagem pedagógica, mediadora de conhecimentos, forma criativa de estimular a aquisição de competências, instrumento de produção da saúde; consequentes: melhora da qualidade de vida, estímulo a comportamentos saudáveis, empoderamento, reflexão e vínculo. Enfatiza-se a importância das tecnologias educacionais para o cuidado em Enfermagem, ao dinamizar as atividades de Educação em Saúde.

Introdução

As tecnologias são tão antigas quanto a espécie humana (KENSKI, 2008, p.15) e embora seja um campo de acelerado desenvolvimento nos aspectos teórico, instrumental e operacional, não se pode perder de vista certos conceitos e princípios fundamentais.

A Enfermagem cresceu e desenvolveu-se juntamente com o advento da tecnologia, seja ela dura, leve-dura ou leve (BARRA, 2006). Ao longo dos anos, percebeu-se um aumento na produção destas pela enfermagem (FONSECA *et al.*, 2011), havendo referência a **tecnologias educacionais** (dispositivos para a mediação de processos de ensinar e aprender, utilizadas entre educadores e educandos, nos vários processos de educação formal-acadêmica, formal-continuada); **tecnologias assistenciais** (dispositivos para a mediação de processos de cuidar, aplicadas por profissionais com os clientes-usuários dos sistemas de saúde - atenção primária, secundária e terciária) e **tecnologias gerenciais** (dispositivos para a mediação de processos de gestão, utilizadas por profissionais nos serviços e unidades dos diferentes sistemas de saúde) (NIETSCHE *et al.*, 2005).

Em relação às tecnologias educacionais, acredita-se que elas podem ser concebidas de diferentes formas se analisadas no decorrer da história e por diversas áreas do conhecimento. “Na era da sociedade tecnológica”, entender a amplitude e implicação do significado educativo atrelado às tecnologias educativas em enfermagem facilitam a fundamentação de estudos que venham a ser desenvolvidos na área.

Nesse contexto, é relevante destacar que todas as atividades de promoção da saúde devem ser caracterizadas pelo empoderamento, parceria, centralização no cliente e colaboração (SOUZA *et al.*, 2014), logo a produção de tecnologia educativas com vista na educação em saúde deve ser considerada por enfermeiros.

O enfermeiro, ao exercer o papel de educador, deve desenvolver estratégias educativas que facilitem a aprendizagem significativa (PARKER; LAZENBY; BROWN, 2012). Para isso, necessita conhecer e utilizar conceitos coerentes, capazes de melhorar o cuidado em saúde.

Ao cuidar de um paciente no intuito de promover o empoderamento, o enfermeiro dispõe de inúmeras ferramentas de comunicação. Assim, ao analisar a literatura, observou-se que houve um aumento na produção de uma variedade de materiais educativos como ferramenta educacional aplicada ao paciente, dispositivos esses aplicados em diversos cenários e com inúmeras finalidades.

Diante do exposto, o estudo teve como objetivo analisar a produção de tecnologias educativas por enfermeiros para a promoção da saúde de pacientes.

Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa. Considerando que os profissionais de enfermagem são os principais responsáveis pelo processo de educação em saúde, e que as tecnologias educativas são estratégias importantes para a execução destas atividades, a revisão integrativa torna-se relevante para a prática destes profissionais. Restringiu-se para os pacientes, pois as tecnologias educacionais aplicadas a este público possuem diferentes modalidades de ensino e de transferência de conhecimento.

Para a coleta dos dados foram utilizadas as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), SCOPUS e *Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), por serem consideradas relevantes para o campo da enfermagem. Ressalta-se que não foi delimitado o período de publicação dos artigos, com o intuito de obter o maior número de publicações sobre o tema.

O mês de coleta foi julho de 2013, utilizando-se os descritores tecnologia educacional, enfermagem e educação em saúde. Tais termos foram utilizados em língua inglesa, utilizando os termos MESH (descritores em inglês) mediante a busca em bases internacionais. A seleção dos artigos ocorreu a partir da leitura do título e resumo, sendo selecionados somente os que continham uma tecnologia educacional criada e aplicada por enfermeiros para pacientes.

Para a coleta de dados foi elaborado um instrumento para transcrição de informações relevantes, tais como: base de dados, título, ano de publicação, tipo de trabalho, objetivo, método, resultados e conclusões. Os critérios para inclusão dos artigos foram: contemplar a questão norteadora e estar disponível na íntegra em idioma português, inglês ou espanhol. Foram excluídos editoriais, carta ao editor e artigos reflexivos. Após a coleta das informações necessárias e leitura exaustiva dos artigos, foram descritos, analisados e discutido os aspectos relevantes para a análise das tecnologias educacionais. Os dados foram expostos em uma tabela, discutidos de forma descritiva e analisados mediante literatura pertinente.

Resultados e Discussão

Inicialmente foram selecionados 700 artigos e após a leitura dos títulos e resumos, restaram 23 publicações. Desses cinco estavam presentes em outras bases de dados, sendo excluídos e após a leitura dos textos completos ainda foram excluídos três artigos, por não está relacionado com o objeto do estudo, totalizando 15 estudos para análise.

Nota-se que grande maioria dos artigos encontrados na seleção inicial era tecnologias voltadas para o ensino-aprendizagem de enfermeiros e estudantes de enfermagem. Desta forma, evidencia-se uma lacuna no desenvolvimento de tecnologias educacionais aplicadas para os pacientes.

As tecnologias educacionais a serem aplicadas no intuito de facilitar a tomada de decisão por parte do paciente e ou da família, através da ampliação do conhecimento de interesse do paciente, possibilita a promoção da saúde. Promover saúde envolve processos educativos capazes de empoderar o sujeito, tomando-o como elemento participativo no processo de cuidar, capaz de decidir e opinar por planos terapêuticos ou adoção de comportamentos saudáveis.

Segundo Barros *et al.* (2012) tecnologias educativas são instrumentos facilitadores do processo ensino-aprendizagem utilizados como meio de transferência de conhecimento, o qual propicia ao indivíduo a participação em um momento de troca de experiências que o conduz ao aprimoramento de habilidades. Já a pedagogia problematizadora resgata conhecimentos prévios dos sujeitos, exigindo uma reflexão a cerca da realidade para que se alcance uma aprendizagem significativa.

No entanto, durante análise dos artigos percebe-se que poucos trabalharam a tecnologia educacional na perspectiva de uma pedagogia problematizadora. A maioria visava à transmissão de informações essenciais para minimizar dúvidas no intuito de mudar comportamentos de risco ou ser um recurso educacional de fácil acesso que complementava ou clarificava instruções fornecidas por profissionais. Contudo todas tiveram como objetivo o educar para cuidar.

Os tipos de tecnologias educacionais encontrados foram à cartilhas, sites, softwares, vídeos e cadernetas. Estas foram aplicadas em diversos cenários (hospitalar, quanto na escola, comunidade e domicílio), assim, percebe-se que estes são um excelente meio pedagógico. Evidencia-se que a crescente evolução tecnológica a partir das necessidades da sociedade apresenta novas possibilidades de uso destes materiais nas práticas de cuidado e de ensino de saúde.

O uso de materiais educativos no processo de ensino-aprendizagem contribui de modo significativo na transmissão das informações, melhora o nível de conhecimento, desenvolve habilidades e a autonomia do indivíduo, sendo capazes de refletir sobre seu comportamento e como suas ações influenciam seu padrão de saúde (CARVALHO et al., 2009).

Destaca-se que as tecnologias educacionais analisadas tiveram a contribuição de especialistas/juízes e dos sujeitos alvos dos materiais educacionais, durante o processo de validação, atendendo as necessidades da população de uma forma atrativa e criativa. Assim, a maioria considerou a tecnologia educacional um produto útil para o cuidado.

O objetivo dos materiais educativos deve ser muito além de facilitar o trabalho da equipe de saúde na comunicação e orientação de pacientes e familiares, ele deve estar centrado no aprendizado do educando, para ser considerado educativo. Estes materiais subsidiam a orientação verbal dos profissionais de saúde e dinamizam as atividades de Educação em Saúde.

Considerando o desconhecimento frequente do educando sobre as condições para manutenção da saúde, levando a dúvidas e hábitos inadequados de vida, tornando-se vulneráveis ao processo de adoecer, a adoção de estratégias educativas pelos enfermeiros viabilizam um maior conhecimento dos educandos a cerca de sua problemática de saúde, sensibilizando-o a manter comportamentos saudáveis, o autocuidado com a saúde e superar o processo saúde-doença (GUBERT et al., 2009).

Neste sentido, a prática da educação em saúde deve estar comprometida com a transformação social do indivíduo envolvido no processo educativo, de forma coerente, contínua e sensibilizada com o desenvolvimento social e político da população. Isto corrobora com o pensamento de que o cliente é um ser social, sujeito de suas ações, já que tem anseios e esperanças, seu próprio modo de aceitar as inovações e estabelecer relação com seus semelhantes. Assim, à construção de tecnologias devem integrar o ser, o pensar, o fazer, mobilizando ações de cuidado humano.

Tecnologias educativas são ferramentas essenciais para educação em saúde, visto que contribuem na capacitação do indivíduo na promoção da saúde, tornando-se um instrumento didático eficaz na manutenção da qualidade de vida (OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2008).

Conclusão

Como se consta, tanto na saúde comunitária como no hospital pode-se promover a saúde ao se utilizar estratégias direcionadas as necessidades dos pacientes, como a educação em saúde, mediante o uso de tecnologias educativas.

Observou-se a utilização de métodos educacionais diversos, relativamente inovadores (materiais impressos e informatizados) caracterizando uma dinamização do processo ensino-aprendizagem e a atualização do conceito. Salienta-se uma predominância de estudos recentes (últimos cinco anos), justificando os achados do estudo.

Como limitações do estudo apresentamos a restrição de artigos completos disponíveis em meio eletrônico e o enfoque nas tecnologias produzidas pela enfermagem direcionadas ao paciente, o que pode refletir uma análise restrita do estado da arte do conceito.

Enfatizamos a importância das tecnologias educacionais para a promoção da saúde das pessoas e o cuidado em Enfermagem, visto que os materiais de ensino dinamizam as atividades de Educação em Saúde, atividade peculiar da enfermagem.

Referências

BARRA, D.C.C., NASCIMENTO, E.R.P., MARTINS, J.J., ALBUQUERQUE, G.L., ERDMANN, A.L. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v.8, n.3, p:422-30, 2006.

BARROS, E. J. L., SANTOS, S.S.C. GIOVANA, C.G., ALACOQUE, L.E. Gerontotecnologia educativa voltada ao idoso estomizado à luz da complexidade. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 33, n. 2, Jun. 2012 .

FONSECA, L.M.M., LEITE, A.M., MELLO, D.F., SILVA, M.A.I., LIMA, R.A.G., SCOCHI, C.G.S. Tecnologia educacional em saúde: contribuições para a enfermagem pediátrica e neonatal. **Esc Anna Nery**. v. 15, n.1, p:190-6. 2011.

GUBERT, F.A., SANTOS, A.C.L., ARAGÃO, K.A., PEREIRA, D.C.R., VIEIRA, N.F.C., PINHEIRO, P.N.C. Tecnologias educativas no contexto escolar: estratégia de educação em saúde em escola pública de Fortaleza-CE. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v. 11, n.1, p:165-72. 2009. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/pdf/v11n1a21.pdf

KENSKI, Vani M. **Tecnologias e Ensino Presencial e a Distância**. Campinas, SP: Papirus, 2008.

NIETSCHE, E.A., BACKES, V.M.S., COLOMÉ, C.L.M., CERATTI, R.N., FERRAZ, F. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**;v.13, n.3, p:344-53, Maio/Jun. 2005 .

OLIVEIRA, M. S.; FERNANDES, A. F. C.; SAWADA, N. O. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 1, mar. 2008.

PARKER, F.M., LAZENBY, L.B., BROW, J.L. Mission possible CD rom: Instructional tool for preceptors. **Nurse Educ Today**. v. 32, n. 5, p: 561-4. 2012.

SOUZA, J.M, THOLL, A. D., CORDOVA, F.P., HEIDEMANN, I.T.S.B., BOEHS, A.E., NITSCHKE, R. G. Aplicabilidade prática do empowerment nas estratégias de promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v. 19, n.7, p:2265-76, Jul. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000702265&lng=en&nrm=iso>.

TORRES, C. H., CANDIDO, N.A., ALEXANDRE, L.R., PEREIRA, F.L. O processo de elaboração de cartilhas para orientação do autocuidado no programa educativo em Diabetes. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 62, n. 2, p: 312-16, Mar/Abril. 2009.

Agradecimentos

Agradecimentos ao Órgão Financiador FUNCAP pela concessão da bolsa de estudos do curso de mestrado, que contribuiu para realização deste estudo.

PRODUÇÕES CIENTÍFICAS ACERCA DO IDOSO COM DIABETES MELLITUS: O QUE A LITERATURA DENOTA?

Julianne Naziazeno de Lima - Universidade Federal de Campina Grande – juliannelima1@hotmail.com;
Suzana Pereira Cardoso da Silva - Universidade Federal de Campina Grande;
Nahadja Tahaynara Barros Leal - Universidade Federal de Campina Grande;
Joseana de Almeida Dias – Universidade Federal de Campina Grande;
Rejane Maria Paiva de Menezes – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Jank Landy Simôa Almeida – Orientador - Universidade Federal de Campina Grande.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Idosos. Enfermagem. Promoção. Saúde.

Resumo

O diabetes tem sido considerado importante problema de saúde pública, devido suas elevadas taxas de mortalidade e morbidade. De acordo com o aumento da idade a incidência da doença torna-se maior, alcançando o valor de 17% nos idosos com 60 anos ou mais. O estudo objetivou analisar as tendências de produções científicas na área da enfermagem entre os anos de 2009 a 2014 sobre cuidados na atenção da saúde de idosos (as) com diabetes mellitus. Estudo aplicado, descritivo, exploratório de revisão da literatura científica disponibilizada nas bases Scientific Electronic Library Online e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, utilizando-se os descritores: “Diabetes Mellitus” and “idosos” and “enfermagem”, obtendo-se 14 artigos disponíveis e publicados entre 2009 e 2014. Observou-se que o ano de 2012 obteve o maior número de trabalhos publicados. As temáticas mais abordadas foram: Enfermagem na educação de Pacientes Idosos Diabéticos; Cuidados com os pés; Importância dos Familiares no Cuidado do Idoso com Diabetes Mellitus; Depressão em idosos com Diabetes tipo 2. Ao se abordar a saúde de idosos é importante destacar o impacto do diabetes mellitus na vida

deste grupo populacional. Existe a necessidade da participação de todos os profissionais no rastreamento e acompanhamento desses indivíduos, realizando atividades educativas para a promoção da saúde e a mudança de hábitos de vida, alimentares e cuidados com o surgimento de complicações. Destaca-se o papel da enfermagem, pois esta é responsável por capacitar e supervisionar as atividades da sua equipe, bem como orientar os pacientes sobre a importância do autocuidado.

Introdução

O *Diabetes Mellitus* (DM) é um conjunto de anormalidades endócrino-metabólicas, que é caracterizada por uma deficiência absoluta do hormônio insulina ou relativa quando sua secreção pelo pâncreas é deficiente e/ou por uma ação insuficiente do hormônio nos tecidos alvos (RIBEIRO; ROCHA; POPIM, 2010).

Sua prevalência vem aumentando de forma expressiva na população brasileira, em especial o tipo 2. Estima-se atualmente uma epidemia, resultante do envelhecimento da população; entretanto, o sedentarismo, modificações nos padrões dietéticos e a obesidade também são causadores da expansão global do diabetes (SCHMIDT, 2012).

O DM é um problema de saúde pública, afetando em torno de 246 milhões de pessoas em todo o mundo. Até 2025, é previsto que esse número chegue a 380 milhões. No Brasil, em 2006, existiam cerca de seis milhões de portadores, e as estimativas indicavam o alcance de dez milhões de pessoas no ano de 2010 (ARRUDA; SILVA, 2012).

Conforme Teixeira (2011) o diabetes tem sido considerado um relevante problema de saúde pública na atualidade, devido as suas elevadas taxas de mortalidade e morbidade e por acarretar altíssimos custos no controle e no tratamento de suas complicações. O controle inadequado do diabetes representa ameaça ao longo da vida do paciente, pois favorece o risco aumentado de complicações inerentes à doença sendo altamente incapacitante, modificando as rotinas diárias, comprometendo assim a qualidade de vida.

Diante do exposto, o estudo objetivou analisar as tendências de produções científicas na área da enfermagem entre os anos de 2009 a 2014 sobre cuidados na atenção da saúde de idosos (as) com diabetes mellitus.

Metodologia

Trata-se uma pesquisa aplicada, descritiva, exploratória, qualitativa e bibliográfica.

O estudo foi realizado a partir da pesquisa on-line em bases de dados indexados, a saber: SCIELO e LILACS. Para triagem inicial dos documentos disponíveis foram utilizados Descritores em Ciências da Saúde (DECS) acompanhados dos operadores booleanos: Diabetes Mellitus *and* idosos *and* enfermagem. A coleta de dados ocorreu durante o mês de agosto de 2014.

A partir da busca inicial selecionaram-se 27 artigos disponíveis em texto completo, escritos em língua portuguesa entre os anos de 2009 e 2014; todavia, após leitura flutuante e posteriormente direcionada, constituíram a amostra 14 destes documentos, eleitos a partir da identificação com o objeto do estudo e possibilidade de interlocução com o objetivo da pesquisa.

Para responder a pergunta inicial do protocolo de revisão dos artigos (Qual a tendência de produções científicas na área da enfermagem entre os anos de 2009 a 2014 sobre cuidados na atenção da saúde de idosos (as) com diabetes mellitus?), estes foram organizados descritivamente, e suas variáveis (abordagem do estudo, sujeito, ano, cenário de pesquisa, região de publicação e temáticas abordadas) analisadas a partir da inferência descritivo-analítica, com base na literatura pertinente.

Resultados e Discussão

Os resultados denotam na tabela 01 que 28,5% dos estudos são descritivos; a semelhança 28,5% qualitativos e 7,2% estudos Quanti /Qualitativos. Nota-se que a abordagem quantitativa não foi encontrada em nenhum dos artigos analisados e que 35,8% dos artigos não tinham informações quanto à abordagem do estudo.

Dos artigos apresentados, verificou-se o maior percentual de pesquisas realizadas no âmbito das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), cerca de 35,8%. Fato que pode ser atribuído a maior proximidade e desenvolvimento de vínculos entre o profissional, o indivíduo e a família, facilitando a identificação, tratamento e acompanhamento dos agravos de saúde (OLIVEIRA; ZANETTI, 2011). Em segundo lugar citam-se as pesquisas realizadas em instituições hospitalares representando 28,5%; e nos domicílios foram encontrados 7,2% dos trabalhos.

Referindo-se as regiões geográficas em que foram realizadas as pesquisas, a região sudeste 57,2% apresenta um maior número de trabalhos publicados, seguida da região sul 14,2%. Enquanto as regiões, Nordeste e Centro-oeste foram representados por 7,2%, na região norte não foi encontrada nenhum trabalho publicado.

Tabela 1-Distribuição dos artigos publicados na LILACS e SCIELO-2009 a 2014 sobre DM.

Características	n	%
Abordagem		
Descritiva	4	28,5
Qualitativa	4	28,5
Quantitativa	0	0
Quanti /Quali	1	7,2
Não Informado	5	35,8
Total	14	100
Cenário		
Instituições Hospitalares	4	28,5
UBSF	5	35,8
Domicílio	1	7,2
Não Informado	4	28,5
Total	14	100
Região		
Norte	0	0
Nordeste	1	7,2
Centro Oeste	1	7,2
Sul	2	14,2
Sudeste	8	57,2

Não informado	2	14,2
Total	14	100
Autor		
Docente	2	8,4
Discente de graduação	4	16,5
Discente de mestrado/doutorado	6	25,0
Outros profissionais	2	8,4
Enfermeiras(os)	7	29,2
Não informado	3	12,5
Total	24	100

FONTE: Dados da Pesquisa, 2014

Quanto à autoria dos artigos 29,2% foram elaborados por enfermeiros; 8,4% docentes e 25% discente de mestrado/doutorado e outros profissionais, não foram especificadas a autoria em 8,4% da amostra.

Com relação à distribuição dos artigos ao longo dos anos pesquisados, constatou-se que o ano de 2012 deteve o maior número de trabalhos publicados 28,5%.

Tabela 2 – Distribuição dos artigos publicados sobre a temática abordada. LILACS e SCIELO-2009 a 2014.

Temática	n	%
A importância dos familiares no cuidado do idoso com DM tipo 2	3	21,5
Cuidados com os pés	4	28,5
A enfermagem na educação de pacientes idosos diabéticos	6	42,8
Depressão em idosos com DM tipo 2	1	7,2
Total	14	100

FONTE: Dados da Pesquisa, 2014

Com relação à Atuação de Enfermagem na educação de Pacientes Idosos Diabéticos (42,8%), nota-se que o DM causa impacto significativo na saúde deste grupo populacional, e que o idoso, em especial, necessita ser acompanhado pelos profissionais de saúde.

É fundamental que os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, direcionem sua prática profissional para ações que levem à autonomia e à qualidade de vida aos idosos. A assistência a saúde realizada por enfermeiras a pessoas com DM, devem contemplar a escuta e o diálogo, sobretudo, além dos aspectos crônicos de saúde, envolvendo a subjetividade, expressa nos sentimentos e palavras do paciente (ARRUDA; SILVA, 2012).

No que se refere ao cuidado com os pés acentua-se que a maioria dos pacientes conhece a doença, o uso adequado dos medicamentos, as principais complicações que podem ocorrer nos pés, porém observamos que mesmo conhecendo as práticas de autocuidado, os pacientes não apresentam condições satisfatórias para o controle da doença e prevenção de complicações nos pés (GACK GHELMAN et al ., 2009).

A temática A Importância dos Familiares no Cuidado do Idoso com Diabetes Mellitus tipo 2 obteve um considerável percentual de pesquisa 21,5%. Através da estratégia da educação em saúde pode-se auxiliar o indivíduo e a família a entender a doença, motivando-as a participar de forma ativa no seu tratamento

A Depressão em idosos com DM tipo 2, retratou 7,2% dos estudos, Segundo SASS et al., 2012, os profissionais de saúde devem saber identificar e valorizar os sinais e sintomas depressivos entre idosos, pois estes podem ou não ser aparentes e variam de acordo com o sexo, escolaridade, características socioeconômicas, condições de saúde, fatores cognitivos, entre outros.

Conclusão

Ao abordar a saúde de idosos é importante destacar o impacto do DM na saúde deste grupo populacional, é necessária a participação de todos os profissionais atuando sinergicamente no rastreamento e acompanhamento desses indivíduos. Um bom trabalho coletivo requer compromisso, ética e responsabilidade individual e de toda a equipe.

Verificou-se o maior uso das abordagens descritivas e qualitativas. O crescente percentual de pesquisas nas UBSF, reflete o cenário propício para o estabelecimento do vínculo entre o profissional, o indivíduo e a família, facilitando a identificação precoce e tratamento dos agravos de saúde. Houve maior valorização da região sudeste, necessitando de um apuramento maior para investigar a tendência encontrada.

As temáticas predominantes foram A importância dos familiares no cuidado do idoso com DM tipo 2; Cuidados com os pés; Depressão em idosos com DM tipo 2 e A enfermagem na educação de pacientes idosos. Destaca-se o papel da enfermagem, pois esta é responsável por capacitar e supervisionar as atividades da sua equipe, orientar os pacientes sobre a importância da auto monitorização dos níveis glicêmicos, técnicas de aplicação de insulina e seus efeitos, planejar ou modificar as ações em saúde, entre outras atividades.

Referências

ARRUDA, Cecilia; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 5, Oct. 2012.

GACK GHELMAN, L.; SOUZA, M.H. do N.; MACHADO TINOCO FEITOSA ROSAS, A.M.. Conhecimento de portadores de diabetes mellitus atendidos em uma unidade básica de saúde, quanto às práticas de auto-cuidado com pés. **Enferm. glob.**, Murcia, n. 17, out. 2009.

MATSUMOTO, Pamela Miwa et al. A educação em saúde no cuidado de usuários do Programa Automonitoramento Glicêmico. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, June 2012.

OLIVEIRA, Kelli Cristina Silva de e ZANETTI, Maria Lúcia. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um serviço de atenção básica à saúde. **Rev. esc. enferm. USP**[online]. 2011, vol.45, n.4, pp. 862-868. ISSN 0080-6234.

RIBEIRO, Jane Patrícia; ROCHA, Suelen Alves; POPIM, Regina Célia. Compreendendo o significado de qualidade de vida segundo idosos portadores de diabetes mellitus tipo II. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, Dec. 2010.

SASS, Arethusa et al. Depressão em idosos inscritos no Programa de Controle de hipertensão arterial e diabetes mellitus. **Acta paul. enferm.** [online]. 2012, vol.25, n.1, pp. 80-85. ISSN 0103-2100.

SCHMIDT, Maria Ines et al. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 2012.

SILVA, Laís Mara Caetano da et al. Aposentados com diabetes tipo 2 na Saúde da Família em Ribeirão Preto, São Paulo - Brasil. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, June 2010.

TEIXEIRA, Carla Regina de Souza et al. Validação de intervenções de enfermagem em pessoas com diabetes mellitus. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, mar. 2011.

Agradecimentos

NÃO SE APLICA.

PROFISSIONAIS DO SEXO APROXIMAR PARA CUIDAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Nadiele Souza do Nascimento – Universidade Estadual Vale do Acaraú. E-mail: dieleenfermagem.2010.2@hotmail.com

Maria Izabel Lopes – Universidade Estadual Vale do Acaraú

Jamila Davi Mendes – Universidade Estadual Vale do Acaraú

Flávio Silva Rodrigues – Universidade Estadual Vale do Acaraú

Larisse Alves Fernandes – Secretaria Municipal de Saúde de Sobral

Dr. Maristela Inês Osawa Vasconcelos – Universidade Estadual Vale do Acaraú

Palavras-chave: Profissionais do sexo. Atenção Primária à saúde. Promoção da saúde.

Resumo

Desenvolver estratégias de articulação entre profissionais do sexo do bairro Expectativa, Sobral-CE, e a equipe do Centro de Saúde da Família (CSF), com objetivo principal de aproximá-las da Equipe de Saúde da Família para melhorar a assistência à saúde dessas mulheres, atuando na promoção da saúde e redução de agravos não apenas das mulheres que sobrevivem da prostituição, mas também de seus clientes. Sendo o CSF a porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS) a pesquisa desenvolveu-se no âmbito da Atenção Primária e utilizou a abordagem grupal como ferramenta facilitadora dos encontros, de modo que sua estruturação ocorreu com pactuação de temas, dias e horários com as participantes do estudo. A coleta das informações aconteceu nos meses de maio a julho de 2014 e constituiu-se de quatro momentos diferenciados. Identificamos a existência de uma grande lacuna entre esse grupo de mulheres e os serviços de saúde em virtude do estigma que a profissão carrega atrelado ao temor de ser alvo de preconceito por parte da comunidade e dos profissionais. Por isso a abordagem teve como princípio o acolhimento das mulheres pela equipe de saúde da família, abertura de prontuários e o estabelecimento de relação, posteriormente foram discutidos Métodos contraceptivos, Doenças Sexualmente Transmissíveis e colpocitologia oncótica. Durante as discussões foram inseridas questões de autocuidado e autoestima, além do compromisso profissional de preservar a privacidade do cliente com o intuito de estreitar as relações com a equipe de saúde.

Introdução

A prostituição é um fenômeno social que existe há vários séculos, reconhecida como um dos mais remotos produtos de comércio da humanidade, assumindo em cada momento histórico características distintas, e por razões como esta necessita de ações de promoção e prevenção de agravos específicos para essas mulheres.

Desde os primórdios da humanidade a prostituição, é associada à degradação, desonestidade e falta de autonomia. Segundo o dicionário de inglês *Oxford*, as prostitutas desempenham papel moral e socialmente inadequadas. A expressão profissional do sexo “designa uma pessoa que faz sexo de forma impessoal por uma determinada quantia de dinheiro ou troca por qualquer outro bem”. (SALMERON, PESSOA, 2012)

A prostituição é identificada na sociedade brasileira desde o século XIX. Além disso, o número de profissionais do sexo tem aumentado significativamente na última década, fator preocupante, pois o país enfrenta questões sociais e econômicas desfavoráveis, na maioria das vezes jovens sem oportunidade de emprego, buscam esse tipo de trabalho como forma de sobrevivência já que na maioria das vezes são elas as principais responsáveis pela renda familiar. (OLIVEIRA; FURTADO, 2002)

A partir de 2002, a prostituição passou a ser reconhecida pelo Ministério do Trabalho e Emprego na categoria de trabalhos informais. Porém, os direitos trabalhistas não foram garantidos, sendo uma importante reivindicação do movimento atual. (Rodrigues, 2009)

Além do preconceito, elas são acusadas de disseminar doenças, de ferir as regras dos costumes sociais. Estigmas são impostos de maneira brutal sobre essas mulheres, afetando a autoestima e muitas vezes rompendo vínculos familiares e com equipamentos de saúde. O estigma e o preconceito ferem direitos humanos e contribuem para maior vulnerabilidade desse grupo a doenças e agravos à saúde de um modo geral. A sociedade e as diversas instituições, especialmente as do setor saúde, precisam romper essas barreiras para a promoção do respeito e do acesso a ações e serviços dignos a essas pessoas. (Brasil, 2004)

Assim faz-se necessário conhecer o seu protagonismo junto às questões de autocuidado e conhecimento no âmbito da saúde sexual, de modo a promover a saúde delas e da clientela envolvida. A prática do autocuidado nessa população deve ser observada, uma vez que estão suscetíveis a alterações ou problemas quanto à higiene, nutrição, comunicação, atividade, repouso e busca aos serviços de saúde. Constituindo-se a Atenção Básica porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde, há de se perceber e ressaltar o importante papel das equipes de Atenção Básica no acolhimento e na atenção integral e de qualidade às pessoas que exercem a prostituição. (Brasil, 2004).

Reconhecendo, pois, a dificuldade enfrentada pelas prostitutas em participar dos benefícios que a Saúde Pública oferece, seja por motivo de vergonha, preconceito ou depreciação da autoestima, procura-se desenvolver estratégias onde o enfermeiro como agente promotor de mudanças, responsável pela melhoria da situação de saúde da população, deve tornar a unidade de saúde um ambiente de interação com a comunidade.

Fernandes (2007) destaca que o trabalho grupal é uma realidade no cotidiano do enfermeiro, sendo vivenciado em todo período de sua formação acadêmica e que trás benefícios, em quanto estratégia para atividade profissional de enfermagem. Para Moraes *et al* (2008), no que diz respeito aos grupos, são de grande importância, sendo utilizados em diversas práticas como um grupo operativo, de autoajuda, grupo educativo e grupo com pessoas com problemas de saúde. Fernandes (2007) acrescenta que os grupos constituem espaços de convivência para livre expressão, e contribuem de forma enriquecedora, onde pessoas que enfrentam situações semelhantes podem oferecer uma relação de ajuda entre os participantes, fazendo ainda com que sintam-se mais apoiados e valorizados por parte da sociedade.

O encontro com o tema deu-se através do internato vivenciado na Atenção Primária à Saúde, durante o qual se observou a existência de uma casa de prostituição na área de abrangência do Centro de Saúde da Família, tendo as profissionais do sexo que trabalham nesse local uma relação deficitária com a equipe de saúde. Negligenciando seu autocuidado frente aos inúmeros riscos que a profissão as submete.

Conforme o exposto, o presente estudo tem como objetivo promover a aproximação entre profissionais do sexo e equipe da Estratégia de Saúde da Família (CSF) no bairro Expectativa, Sobral-Ce.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência desenvolvido com cinco profissionais do sexo que desempenhavam suas atividades em uma casa de prostituição situada no bairro Expectativa do município de Sobral, Ceará. Os critérios de inclusão das participantes foram: mulheres que desenvolviam suas atividades em horário comercial e que expressaram seu desejo de participar do estudo através da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido,

O local escolhido para intervenção deu-se através da vivência do internato na ABS, após identificar os fatores de risco aos quais a profissão as expõe, associado à baixa adesão dessas mulheres ao atendimento na atenção primária. A imersão no estabelecimento de prostituição aconteceu após autorização prévia do gestor. Nessa casa de prostituição moram quatro mulheres, sendo as demais, profissionais que frequentam a casa, com horários flexíveis de atendimento, caracterizando-as como população flutuante. O CSF, por sua vez foi um local de apoio para execução dos encontros grupais.

O desenvolvimento da experiência aconteceu em quatro momentos, sendo inicialmente realizado aproximação com as mulheres, um encontro de acolhimento e recepção no serviço de saúde e duas abordagens grupais subsequentes, com os respectivos temas: Doenças Sexualmente Transmissíveis, métodos contraceptivos, prevenção do câncer de colo de útero e autoestima. Foi aplicado questionário sociodemográfico para caracterização das participantes. O período de estudo ocorreu entre os meses de maio à julho de 2014.

Quanto aos procedimentos éticos o presente estudo assegurou a preservação da privacidade e individualidade das participantes da pesquisa respeitando os princípios bioéticos de acordo com a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o qual regula as pesquisas envolvendo seres humanos. (BRASIL, 2012)

Resultados e Discussão

Perfil sociodemográfico

O perfil sociodemográfico das profissionais do sexo será descrito a partir de seus aspectos socioeconômicos e culturais, na tabela a baixo:

Tabela 1- Profissionais do sexo de uma casa de prostituição no bairro Expectativa, Sobral-Ce, conforme dados sociodemográficos. Sobral, maio a julho de 2014.

As participantes do estudo responderam ainda questionamentos sobre os antecedentes pessoais. Quanto ao número de filhos duas mulheres tinham entre um e três filhos, as demais não eram mães. Sobre abortamento as mulheres não se sentiram a vontade para falar, contudo relataram já ter realizado em algum momento da vida. Observou-se que quatro delas não possuem nenhuma doença de base, sendo uma portadora tanto de diabetes quanto HPV. Sobre os métodos contraceptivos as participantes do estudo mostraram conhecer os principais métodos disponibilizados pelo SUS, no entanto afirmam não usar em todas as relações sexuais devido recusa do cliente.

Etapas de Intervenção

Diversos estudos apontam os grupos como uma estratégia fundamental e importantíssima nas práticas de educação em saúde, onde indivíduos de um mesmo grupo interagem entre si e compartilham seus objetivos e metas em comum. Observando a singularidade deste, podemos compreender seus principais anseios e assim planejar e organizar as atividades a serem realizadas com o grupo, conduzindo

Variáveis		Número	onde	Variáveis		Número
Faixa etária				Profissão		
15-19 anos		1	etapas, das que se adesão um	Estudante		1
20-29 anos		2		Profissional do sexo		3
30-39 anos		1		Aposentada		1
>40 anos		1		Parceiro Fixo		
Escolaridade			Equipe	Sim		2
Analfabeta		1		Não		3
Ensino Fundamental		2		Com quem vive Atualmente		
Ensino Médio		2	existir	Com familiares		1
Estado Civil				Com outras pessoas		4
Solteira		1		Nível Socioeconômico		
União estável		2		Médio		2
Separada		1		Médio-baixo		1
Divorciada		1		Baixo		2

juntamente com elas momentos prazerosos, dúvidas e interesses particulares de cada uma pudessem ser partilhados. Para tanto realizamos momentos de intervenção em quatro conforme descritas a seguir. primeiro momento se deu com a aproximação pesquisadoras às participantes do estudo, visto trata de uma população de difícil acesso e aos programas ofertados no CSF. Necessitando contato prévio para adentrar na rotina de trabalho dessas mulheres. segundo momento aconteceu a primeira abordagem grupal com o objetivo de acolher e apresentá-las aos profissionais componentes de Saúde da Família, em especial, de sua área cobertura. Em sequência realizamos a dinâmica “caminho das sensações”, fazendo alusão aos obstáculos enfrentados na vida e na profissão, demonstrando o vínculo de confiança que deve existir entre sujeito e equipe. Ainda nesse momento foram pactuados, de acordo com as dúvidas demonstradas pelas participantes, os temas, datas e horários a serem abordados nos encontros subsequentes. E para finalizar foram abertos prontuários das mulheres que desejaram. O principal objetivo foi alcançado nesse momento, pois conseguimos inseri-las como usuárias ativas no serviço considerado porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS).

O terceiro momento teve como objetivo discutir sobre Doenças sexualmente Transmissíveis (DST) e Métodos contraceptivos. Inicialmente foi realizada dinâmica de sondagem inicial, a partir das perguntas norteadoras: “O que você sabe sobre DST e Métodos contraceptivos? e Quais são suas dúvidas?”. O material de apoio utilizado foi: cartilhas educativas do Ministério da Saúde, próteses do aparelho reprodutivo masculino e feminino, os métodos contraceptivos disponibilizados pelo SUS. Ao longo do encontro foram discutidas e esclarecidas as dúvidas apresentadas. No quarto momento tratou-se a importância de realizar o exame de Colpocitologia Oncótica para a prevenção do câncer de colo uterino e diagnóstico das DSTs, sendo ainda demonstrado como é realizado o exame proporcionando às participantes a oportunidade de conhecer o instrumental utilizado com o intuito de facilitar a compreensão. Foram preenchidos questionários sociodemográfico para posterior análise. Para finalizar os encontros realizamos dinâmica de avaliação com objetivo de ter um *feedback* das intervenções anteriores, mediante as perguntas norteadoras: “ Os encontros acrescentaram conhecimento para sua vida? E para sua pratica profissional?”, “Você se sentiu acolhida pela Unidade de Saúde?” e “Hoje você se sente a vontade para procurar atendimento no CSF?”.

Desvelando a Experiência

Na tentativa de instigar essa população a ampliarem seu comportamento de busca por Cuidados de Saúde utilizamos estratégias de inserção no CSF mediante abordagens de intervenção para aumentar o conhecimento de autocuidado e expressão de desejo de aumentar o autocuidado. Ou seja, para uma adequada intervenção de saúde, foi necessária a abordagem educativa, com a participação efetiva dos sujeitos, propiciando conhecimento, empoderamento e por fim mudança de comportamento (Barbosa *et al*, 2012). Embora tenha sido difícil a aproximação inicial com as participantes do estudo, ao longo dos encontros foram fortalecidas as relações entre pesquisadoras, participantes e equipe de saúde. De modo que no decorrer de cada etapa as mulheres tenham compartilhado suas

histórias de vida, o que possibilitou a moldagem dos encontros seguindo a singularidade do grupo. Um fator importante para a concretização desses momentos foi o apoio e permissão da gestora da casa de prostituição para o desenvolvimento do estudo.

Durante as discussões, observamos no conteúdo de seus discursos que estas mulheres estão expostas constantemente a diversos fatores de risco, como a falta de autonomia, uso abusivo de bebidas alcoólicas e drogas ilícitas, a recusa dos clientes ao uso de preservativos e a não adesão dos serviços ofertados pelo CSF por vergonha ou medo de sofrer discriminação.

Percebemos durante a realização desse estudo a degradação relacionada a imagem e baixa autoestima dessas mulheres. O que nos faz pensar que estes fatores contribuem com a pequena preocupação quanto aos aspectos de saúde e doença e tão pouco as medidas de redução de danos.

Abordagens simples como fornecer informações, distribuição de preservativos, prevenção e tratamento de DSTs e informações quebram tabus e promovem, ainda que de modo não completamente satisfatório uma tentativa de intervenção para a melhoria da qualidade de vida dessas mulheres. (BRASIL, 2009)

A importância do estudo ficou evidente na seção de avaliação realizado ao final dos encontros grupais, considerando que as mulheres relataram a importância do uso de métodos contraceptivos, principalmente método de barreira para prevenir transmissão de DSTs e gravidez indesejada. Observamos mudança no comportamento onde uma das participantes afirmou estar usando condom feminino em caso de recusa do cliente e outra relatou que a partir das orientações realizadas entendeu a verdadeira importância dos métodos contraceptivos, decidindo a partir de então adotar um dos métodos de planejamento reprodutivo.

O êxito das ações foi notório ao observar que não apenas as profissionais do sexo que participaram do estudo estavam buscando atendimento no CSF, mas também outras mulheres que trabalham na mesma casa de prostituição. Em visita realizada ao CSF os profissionais informaram a busca por parte dessas mulheres aos serviços ofertados na unidade o que evidencia o fortalecimento da relação entre profissionais de saúde e profissionais do sexo garantindo a prevenção e promoção de sua saúde sexual.

Conclusão

Percebe-se que as profissionais do sexo enfrentam problemas não só relacionados à discriminação por parte da sociedade, como também a dificuldade de engajamento em serviços de saúde. Por isso a relevância de utilizar estratégias para acolhê-las e inseri-las efetivamente em atendimentos no serviço de saúde.

O estudo evidenciou que não são necessárias grandes ações para obter resultados exitosos, pois ações simples como esta realizada com o objetivo de promover a aproximação entre profissionais do sexo e equipe de saúde, garantiu-lhes a imersão no serviço oferecido, tratando diferente aos diferentes como preconiza um dos princípios do SUS.

As intervenções realizadas puderam contribuir para o desenvolvimento da capacidade de execução do autocuidado, do conhecimento e maior segurança. Alguns fatores impediram maior contribuição com essa interação, como a rotatividade das mulheres nos serviços, a instabilidade de horários e o tempo de interação. Porém ressalta-se que o sucesso das intervenções deu-se visto interesse pelos temas abordados e a capacidade do indivíduo em querer promover seu autocuidado.

Considerando que ações preventivas desenvolvem no ser humano a capacidade reflexiva do que sou e o quero pra mim, o estudo foi de grande valia, pois contribuiu para o maior conhecimento das especificidades dessa população e ainda fomentar a realização de pesquisas posteriores.

Referências

BARBOSA, I.M. et al. PRÁTICA DO AUTOCUIDADO EM PROSTITUTAS: APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM SEGUNDO A TEORIA DE OREN. **Enfermagem em Foco**, 2012.

FERNANDES, C.N.S. O enfermeiro como coordenador de grupos: contribuições da dinâmica de grupo. Goiânia.2007 .103f. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/8021/5804>

MORAES, M.L.C.; COSTA, P.B.; AQUINO, O.S.; PINHEIRO, A.K.B. Educação em saúde com prostitutas de Fortaleza: relato de experiência. **Rev. Eletr. Enf.** 2008;10(4):1144-51. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a27.htm>

OLIVEIRA, E.N.; FURTADO, J.S. PROSTITUIÇÃO DE MULHERES: A INTERFACE COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE. **SANARE Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v.3,n.2, p.11 /18 ,2002.

Resolução nº 466/2012: sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF; 2012.

RODRIGUES, A. Sem máscara: prostituta quer profissão regulamentada [Internet]. [citado em 2009 Nov 10]. Disponível em: <http://www.carb.ufba.br/artigos/semmascara-anai.html>

SALMERON, N.A.; PESSOA, T.A.M. Profissionais do sexo: perfil socioepidemiológicos e medidas de redução de danos. **Acta Paulista Enferm.** 2012;25(4):549-54

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasil, 2004

_____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Agradecimentos

Agradecimento especial às mulheres que se dispuseram a participar da pesquisa e a gestora da casa de prostituição por permitir e incentivar a realização dos encontros. Ao CSF Expectativa e aos profissionais de saúde agradecemos por apoiar o desenvolvimento do estudo.

PROGRAMA NACIONAL DE TRIAGEM NEONATAL: DESAFIOS PARA A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

Autor 1 – Raila Souto Pinto Menezes – Universidade Estadual Vale do Acaraú

Autor 2 – Maria Adelane Monteiro da Silva -Universidade Estadual Vale do Acaraú

Estratégia saúde da família. Triagem neonatal. Unidade Básica de Saúde

Resumo

Introdução: A participação da Estratégia Saúde da Família no Programa Nacional de Triagem Neonatal – PNTN é uma realidade no cenário nacional. A condução das ações exigidas pelo programa gera desafios na atuação dos profissionais de saúde inseridos nesse contexto. **Objetivo:** Refletir sobre os desafios da equipe de saúde da família para atuação no PNTN. **Metodologia:** Trata-se de um estudo reflexivo o qual faz parte da pesquisa “Programa Nacional de Triagem Neonatal: avaliação das unidades de coleta inseridas nos Centros de Saúde da Família da sede do município de Sobral-CE no ano de 2012”, referente à dissertação do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família- RENASF/UVA, desenvolvido durante o período de julho a agosto de 2013. **Resultados e discussões:** A inserção das equipes de saúde da família no PNTN é oportuna principalmente pela proximidade dessas equipes com a comunidade, permitindo o acesso ao teste e acompanhamento dos casos detectados. Nas ações do programa desenvolvidas, os profissionais da enfermagem têm assumido maior parte das responsabilidades, executando atividades desde a gerência até assistência direta aos usuários. A necessidade de articulação de conhecimentos sobre genética até então comuns em outros domínios, impõe desafios para os profissionais de saúde inseridos na atenção básica. **Conclusão:** A atuação da equipe de saúde da família no PNTN vem reafirmando-se como significativo no

cenário nacional, e em decorrência disso, traz para os mesmos desafios como a necessidade de educação permanente de forma a contribuir no alcance dos objetivos propostos pelo programa garantindo assistência de qualidade.

Introdução

A Triagem Neonatal no Brasil vem ganhando importância desde sua incorporação ao Sistema Único de Saúde por meio da Portaria GM/MS n.º 22, de 15 de janeiro de 1992, determinando a obrigatoriedade do teste para diagnóstico de Fenilcetonúria e Hipotireoidismo Congênito em todos os recém-nascidos vivos. No ano de 2001, o Ministério da Saúde reavaliou a Triagem Neonatal realizada pelo SUS, e publicou a Portaria GM/MS n.º 822, de 6 de junho de 2001 criando o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) (BRASIL, 2004). Dentre os principais objetivos do programa, destacam-se, a busca da cobertura de 100% dos nascidos vivos e que o processo de Triagem Neonatal envolva várias etapas, como a realização do exame laboratorial, a busca ativa dos casos suspeitos, a confirmação diagnóstica, o tratamento e o acompanhamento multidisciplinar especializado dos pacientes (BRASIL, 2004).

Em virtude dos diferentes níveis de organização das redes assistenciais, esse Programa vem sendo implantado em quatro fases por meio do “Teste do Pezinho”: Fase I (fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito); Fase II (doenças falciformes e outras hemoglobinopatias); Fase III (fibrose cística) e Fase IV (Hiperplasia Adrenal Congênita e Deficiência de Biotinidase) (BRASIL, 2012a).

O Teste do Pezinho é uma ação preventiva que permite fazer o diagnóstico de doenças a tempo de se interferir na evolução delas, por meio do tratamento precoce específico, permitindo a diminuição ou a eliminação das seqüelas a elas associadas (BRASIL, 2012a). É realizado nas unidades coletoras vinculadas ao programa, dentre estas, as que se encontram inseridas na Atenção Básica (AB).

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2007). Em decorrência disso, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem seus processos guiados pelos mesmos princípios que regem a AB: universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2012b). Todos esses princípios estão diretamente relacionados com a inserção do PNTN nesse nível de atenção. A garantia do acesso somada a construção de vínculo, são princípios primordiais para a prestação do cuidado de forma contínua aproximando cada vez mais profissionais de saúde e usuários.

Esta inserção é oportuna principalmente pela proximidade das equipes de saúde da família com a comunidade, permitindo que orientações sobre o teste, ocorram em todo o ciclo gravídico - puerperal, oportunizando a realização da coleta nos primeiros dias de vida da criança, seja na orientação aos cuidados na puericultura na unidade de saúde ou na visita puerperal.

A participação da ESF no PNTN é uma realidade no cenário nacional, reforçada em 2005 com a Portaria Ministerial Nº1391, que traz responsabilidades para a atenção básica com a assistência aos pacientes com doenças falciforme, um dos agravos detectados no Teste do Pezinho e através do Informe da Atenção Básica nº 58 que atribui às unidades básicas de saúde a realização do teste do pezinho (BRASIL, 2010; KIKUCH, 2007). Em 2006 durante oficina realizada com representações do programa nos estados e municípios de todo o país, foram identificadas algumas dificuldades, dentre elas: carência de recursos humanos, preenchimento incorreto na identificação, demora na entrega de resultados, postos de coleta insuficientes, baixa adesão na coleta da 1.ª semana e baixa cobertura do PNTN. Para tanto, uma das soluções apontadas para estas questões foi à necessidade de capacitação e envolvimento dos profissionais inseridos na ESF em decorrência dos mesmos serem os responsáveis diretos pelas unidades de coleta inseridas na ESF (BRASIL, 2006).

Todas essas mudanças trazem para as equipes de saúde da família desafios, ocasionando aos profissionais ali inseridos, a necessidade de refletirem sobre suas ações, pois agora eles passam a garantir atenção a agravos até então exclusivos da medicina especializada, predominantemente preenchida por terminologias complexas e que diz respeito às enfermidades menos prevalentes em saúde pública (GOLDBECK, 2006). O objetivo do presente estudo é refletir sobre os desafios da equipe de saúde da família para atuação no PNTN.

Metodologia

Trata-se de um estudo reflexivo, desenvolvido durante o período de julho a agosto de 2013, o qual faz parte da pesquisa intitulada “Programa Nacional de Triagem Neonatal: avaliação das unidades de coleta inseridas nos Centros de Saúde da Família da sede do município de Sobral-CE no ano de 2012”, referente à dissertação do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família-RENASF/UVA.

Resultados e Discussão

A Portaria Ministerial nº 1391/2005 ampliou o compromisso da ESF com o PNTN para além da coleta do Teste do Pezinho, agora os profissionais dessas equipes assumem também o compromisso de fornecer orientação genética sobre a doença falciforme, comunicar o diagnóstico aos familiares mais diretos, como o pai, mãe e irmãos/irmãs e encaminhar os casos detectados para um serviço de referência garantindo o acompanhamento pelos profissionais da Atenção Primária/Saúde da Família. O Ministério da Saúde afirma ainda que os retornos ao serviço de referência devam ser definidos pelo próprio serviço que faz esse acompanhamento ou pelos profissionais da Atenção Primária sempre que estes acharem adequado (BRASIL, 2010). Assim, percebe-se que o cuidado prestado por esses profissionais deve permear todas as etapas que compõem o programa, fortalecendo a integralidade na atenção.

O acompanhamento no ciclo gravídico-puerperal por parte dos profissionais inseridos nas equipes de saúde da família é um momento oportuno para fornecer informações e orientar acerca do PNTN. É possível esclarecer da importância do mesmo como diagnóstico de doenças graves e em relação ao tratamento assegurado no serviço público de saúde. Assegurar essas informações a clientela seria garantir um dos princípios básicos da atenção básica que é a acessibilidade, mas especificamente ao caso, a acessibilidade cultural.

Nas ações do programa desenvolvidas na ESF, os profissionais da enfermagem têm assumido maior parte das responsabilidades, executando atividades desde a gerência até a assistência direta aos usuários. Estudos vêm destacando o papel da enfermagem na atenção básica com relação à importante função no Programa Nacional de Triagem Neonatal, por meio de orientação familiar, coleta precisa dos dados familiares, coleta do exame, acondicionamento adequado e envio seguro ao laboratório de referência. Exerce inclusive um importante papel no pré-natal, orientando as mulheres na compreensão das doenças detectadas por meio do “teste do pezinho” e sobre a importância do tratamento precoce em caso de resultado positivo para doença falciforme ou outras detectadas pelo teste (KIKUCH, 2007; GOLDBECK, 2006).

O envolvimento de outros profissionais da ESF, na orientação de pais e portadores das doenças inseridas no PNTN é sugerido por Domingos (2010), quando destaca a atuação do agente comunitário, na perspectiva de que esses profissionais deveriam ter garantido formação profissional e educação continuada adequadas para a ação nos casos identificados. Essas ações permitem uma melhor

abordagem às famílias portadoras e reforçam um dos princípios do Programa Nacional de Triagem Neonatal no Brasil, que é a constante capacitação profissional como parte do processo educacional respeitando as diferenças regionais e socioculturais de nosso país. De acordo o Ministério da Saúde é percebido também, pelos próprios envolvidos na coordenação e execução da triagem neonatal nos estados, a necessidade de processos mais ampliados de capacitação, que vai além dos processos de coleta, envolvendo inclusive os gestores municipais (NUPAD, 2013).

Na prática, a triagem neonatal trouxe para a saúde pública, em larga escala, a necessidade de articulação de conhecimentos sobre genética até então comuns em outros domínios, impondo desafios para os profissionais de saúde inseridos na atenção básica (GOLDBECK, 2006).

Conclusão

O papel da equipe de saúde da família no Programa Nacional de Triagem Neonatal vem reafirmando-se como significativo no cenário nacional, através do grau de comprometimento desses profissionais em todo o seu processo, desde a sensibilização da importância do teste e coleta em tempo oportuno até o acompanhamento dos casos em tratamento e apoio às famílias.

Um dos desafios exigidos pelo PNTN é o conhecimento sobre genética até então restrito aos serviços especializados, trazendo para os profissionais e gestores da estratégia saúde da família envolvidos, a necessidade de educação permanente de forma a continuar contribuindo no alcance dos objetivos propostos pelo programa.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe da Atenção Básica Nº 58** - Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Básica – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, ano X, maio/junho de 2010.

_____. **Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação- Geral de Atenção Especializada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Política Nacional da Atenção Básica** - Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Básica – 4. Ed. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

_____. **Política Nacional da Atenção Básica** - Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Básica – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012b.

_____. **Programa nacional de Triagem Neonatal: Nota Informativa**. novembro /2012a. Disponível em<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2a_221112.pdf>. Acesso em: 04.02.2013.

_____. **Programa nacional de Triagem Neonatal: oficinas regionais de qualificação da gestão**-Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Especializada – Brasília: Editora do ministério da Saúde, 2006.

DOMINGOS, Claudia R. Bonini - Programa de Triagem Neonatal de Hemoglobinopatias- uma reflexão- **Rev. Bras. Hematol. Hemoterapia**, São Paulo, vol.32, no. 2, São Paulo, 2010.

GOLDBECK, Ana Stela. **A Triagem Neonatal (Teste do Pezinho) na Rede de Atenção Básica em Saúde do Rio Grande do Sul: representações sociais e qualificação do processo comunicacional** / Monografia (Especialização)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre: 2006

KIKUCHI, Berenice A. Assistência de enfermagem na doença falciforme nos serviços de atenção básica. **Rev. Bras. Hematol. Hemoterapia**, São José do Rio Preto, vol.29, no. 3 July/Sept. 2007.

NUPAD, Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico- **Diagnóstico Situacional do Programa Nacional de Triagem Neonatal nos estados brasileiros: relatório técnico** / Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico – NUPAD. Belo Horizonte: NUPAD, 2013.

Agradecimentos

Agradeço a Profª Dra Maria Adelane Monteiro da Silva pelas suas contribuições, sua disponibilidade e carinho para com este estudo.

PROGRAMA NACIONAL DE TRIAGEM NEONATAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Autor 1 – Raila Souto Pinto Menezes- Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) /railasouto@hotmail.com

Autor 2 – Amanda Akemi Ribeiro Naka - Acadêmica de Enfermagem/UVA

Autor 3 – Jamila Davi Mendes – Acadêmica de Enfermagem/UVA

Autor 4 – Mayara Nascimento de Vasconcelos - Acadêmica de Enfermagem / UVA

Autor 5 – Maria Adelane Monteiro da Silva - Docente do curso de Enfermagem/UVA

Palavras-chave: Triagem Neonatal. Educação em saúde. Enfermagem

Resumo

Introdução: O Programa Nacional de Triagem Neonatal- PNTN vem reafirmando-se nas ações de atenção à saúde desenvolvidas em todo o país. Portanto, a discussão acerca deste programa faz-se necessária não somente entre os profissionais inseridos nos serviços de saúde como também entre os que se encontram em formação nas instituições de ensino superior. **Objetivo:** Descrever a experiência de uma prática educativa acerca do PNTN junto a acadêmicos do curso de enfermagem. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência de uma oficina sobre o PNTN desenvolvida no mês de junho de 2014 no curso de enfermagem da UVA. Contou com a participação de 27 acadêmicos do 4º período matriculados no módulo de Gravidez, Nascimento e Desenvolvimento Infantil. Foi aplicado junto aos mesmos um instrumento de pré- teste e pós-teste para analisar os conhecimentos dos mesmos antes e após exposição dialogada sobre a temática respectivamente. **Resultados e discussão:** Observou-se que os alunos apresentaram conhecimento superficial e distorcido sobre a temática. Após aplicação do pós-teste a maioria desses alunos revelou conhecimento mais aprofundado sobre o PNTN, principalmente relacionado às ações realizadas no momento da coleta. **Conclusão:** A experiência vivenciada por facilitadores e acadêmicos abordando o PNTN foi significativa por despertar nos discentes o interesse pela temática e o conhecimento a cerca da sua importância. Reforçou

também que o desenvolvimento de práticas educativas a cerca dessa temática precisam ser contínuas de forma oportunizar a formação de profissionais capacitados que possam contribuir na melhoria da qualidade do programa no país.

Introdução

A Triagem Neonatal no Brasil é popularmente conhecida como Teste do Pezinho, devido o teste ser feito a partir de gotas de sangue colhidas do calcanhar do recém-nascido. A partir da criação do Programa Nacional de Triagem Neonatal – PNTN em 2001, o teste do pezinho, passou a ser obrigatório no país, e é apenas a primeira etapa de qualquer programa de triagem neonatal (BRASIL, 2012).

São etapas do Programa Nacional de Triagem Neonatal: Coleta das amostras em papel filtro na Rede: Hospitais/Maternidades e/ou Postos de Saúde; Exames de triagem em Laboratórios dos Serviços de Referência em Triagem Neonatal (SRTN) credenciados; Busca Ativa dos casos suspeitos para realização de exames confirmatórios; Busca Ativa de pacientes para consulta de orientação/atendimento/acompanhamento em SRTN credenciados (BRASIL, 2004).

A coleta de amostras em papel filtro é realizada em todo o país nas unidades de saúde dentre elas as inseridas na Atenção Básica. Na coleta do Teste do Pezinho desenvolvida principalmente na Atenção Básica, os profissionais da enfermagem têm assumido a maior parte das responsabilidades, executando atividades desde a gerência até a assistência direta aos usuários.

Estudos vêm destacando o papel da enfermagem na atenção básica como importante e intransferível com relação às ações no Programa Nacional de Triagem Neonatal. Isso por ser o profissional de enfermagem quem mais tem contato com a clientela alvo que são a mãe e o recém nato por meio de orientação familiar, coleta precisa dos dados familiares, coleta do exame, acondicionamento adequado e envio seguro das amostras ao laboratório de referência. Exerce inclusive um importante papel no pré-natal, orientando as mulheres na compreensão das doenças detectadas por meio do "teste do pezinho" e sobre a importância do tratamento precoce em caso de resultado positivo para doença falciforme ou outras detectadas pelo teste, (SILVA et al, 2003; KIKUCHI, 2007; GOLDEBEK, 2006).

Porém, algumas dificuldades vêm sendo identificadas na obtenção de amostras satisfatórias podendo estar relacionado à técnica no momento da coleta das mesmas. Dificuldades na execução da técnica de coleta e armazenamento das amostras podem estar relacionadas à falta de treinamento técnico, ao desconhecimento da importância pelo profissional que realiza a coleta das amostras e à alta rotatividade de profissionais (MENEZES et al, 2013).

Para tanto, faz-se necessária a formação adequada desses profissionais de forma a garantir uma atenção qualificada dando subsídios aos mesmos realizar um cuidado de excelência a sua clientela. Essas considerações são reforçadas por Domingos (2010) onde sinaliza a necessidade de se tornar garantidas formação profissional e educação continuada adequadas para contribuir com as ações junto aos casos identificados. Essas ações permitem uma melhor abordagem às famílias portadoras e reforçam um dos princípios do Programa Nacional de Triagem Neonatal no Brasil, que é a constante capacitação profissional como parte do processo educacional respeitando as diferenças regionais e socioculturais de nosso país.

Nesse sentido, configurou-se como importante discutir as ações executadas no PNTN, a partir das atividades de ensino desenvolvidas na própria Instituição formadora. Para tanto, este estudo teve como objetivo descrever a experiência de uma prática educativa acerca do PNTN junto a acadêmicos do curso de enfermagem.

Metodologia

Esse estudo trata-se de um relato de experiência o qual descreve uma oficina sobre o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN). O cenário do estudo foi o Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual Vale do Acaraú, localizada no município de Sobral – CE. Aconteceu no período de junho de 2014. O universo foi composto por 27 acadêmicos devidamente matriculados no 4º período do curso de enfermagem os quais cursavam o módulo Gravidez, Nascimento e Desenvolvimento Infantil.

A realização da oficina ocorreu em dois momentos: teórico e prático. O momento teórico foi composto por cinco etapas: 1) Acolhimento: realização de uma dinâmica, denominada Dinâmica das Mãos, que teve como intuito “quebrar o gelo” com os participantes da oficina, permitindo uma maior aproximação dos acadêmicos e facilitadores. 2) Aplicação do Pré- Teste para identificação do conhecimento prévio dos alunos sobre o assunto que iria ser abordado constituído por três perguntas: Qual a finalidade do Teste de Triagem Neonatal? Qual o período ideal para a coleta do Teste de Triagem Neonatal? e Quais as principais orientações que devem ser

fornecidas para os pais no momento da realização do teste?). 3) Exposição Dialogada: nessa etapa foi realizada discussão sobre o PNTN esclarecendo sua importância, a partir de seus objetivos, organização e os procedimentos técnicos na realização do Teste do Pezinho; 4) Aplicação do Pós-Teste: é o mesmo pré-teste aplicado na segunda etapa, com a finalidade de verificar os conhecimentos adquiridos pelos alunos após a exposição da temática pelos facilitadores. 5) Divisão dos participantes: foi necessário dividir os acadêmicos para que fosse realizado o momento prático no Laboratório de Anatomia do CCS.

O segundo momento teve início a partir da divisão em grupos para que fosse realizada por cada grupo uma simulação do atendimento à criança na unidade de coleta do teste do pezinho. Para isso foi disponibilizado todo o recurso material necessário à realização do teste. Ao final da simulação era solicitada a outra equipe que fizesse uma avaliação da simulação apontando as fragilidades e potencialidades observadas na simulação apresentada. Ao final de todas as apresentações foi solicitado aos acadêmicos uma avaliação sobre a atividade realizada.

Os resultados das respostas do pré e pós teste foram organizadas e analisadas em categorias de acordo com as temáticas evidenciadas nos registros dos testes. Em respeito ao anonimato dos participantes os relatos estão identificados em códigos alfanuméricos: Respostas aos pré-testes (Pré-1, Pré-2.... Pré-27) e as respostas aos pós-testes (Pós-1, Pós -2.... Pós - 27).

Resultados e Discussão

A organização das informações contidas nas respostas aos testes permitiu a construção de 3 categorias: **Finalidade do teste do pezinho; Período ideal para realização do teste do pezinho e Orientações eu devem ser fornecidas aos familiares no momento do teste.**

Finalidade do Teste do pezinho

O Teste do Pezinho é uma ação preventiva que permite fazer o diagnóstico de doenças a tempo de se interferir na evolução delas, por meio do tratamento precoce específico, permitindo a diminuição ou a eliminação das sequelas a elas associadas (BRASIL, 2012).

As respostas obtidas no pré-teste revelaram um conhecimento superficial e isento de informações essenciais para serem transmitidas no momento do teste. Como podemos verificar na fala de alguns alunos:

“Detectar doenças ainda na fase neonatal para que possam ser evitadas e corrigidas.” (Pré-2)

“Prevenção de possíveis doenças que o RN venha apresentar.” (Pré-11)

“Identificar algumas doenças.” (Pré-22)

Após a exposição dialogada sobre a temática o pós-teste, apresentou respostas mais elaboradas, contendo maiores informações sobre o teste, as doenças detectadas por ele e reconhecimento da necessidade do diagnóstico precoce, revelando o aproveitamento da aula ministrada e da elucidação das dúvidas surgidas no seu decorrer. As falas a seguir ilustram estes conhecimentos.

“Reconhecer precocemente doenças como fenilcetonúria, hipotireoidismo, fibrose cística, deficiência de biotinidase, síndrome adrenal congênita, doenças falciformes e outras hemoglobinopatias.” (Pós- 8)

“Detectar doenças precocemente para que sejam logo tratadas, assim, garantindo uma melhor qualidade de vida.” (Pós-14)

“Diagnosticar de forma precoce as doenças listadas no PNTN para, se confirmada, iniciar tratamento e acompanhamento.” (Pós- 25)

Período ideal para realização do teste do pezinho

Durante a oficina foi possível perceber que os alunos tinham um conhecimento superficial sobre o assunto abordado, podendo isto ser evidenciado pelas falas a seguir, quando se perguntou qual o período ideal para a realização do teste do pezinho no pré-teste.

“O mais próximo do nascimento.” (Pré- 5)

“Até 3 meses de idade.” (Pré- 15)

“Até 24h após parto.” (Pré- 20)

Podemos observar que os mesmos possuem conhecimento limitado quanto ao período ideal para realização do teste do pezinho. Segundo o Ministério da Saúde, a unidade coletora deverá assumir o compromisso de que a coleta ocorrerá nos primeiros 30 dias de vida do bebê, preferencialmente na 1ª semana, pois atraso no momento da coleta poderá acarretar diagnósticos tardios minimizando a prevenção de seqüelas graves na criança (BRASIL, 2004).

Já no pós-teste, podemos perceber que a maioria dos alunos absorveu as informações corretamente, apesar de que alguns alunos ainda mantinham uma visão distorcida a respeito do momento ideal para coleta.

“É ideal a partir do 3º dia de vida e poderá ser realizado até 1 mês. É recomendado ser precoce para que o RN possa ser acompanhado e tratado com êxito.” (Pós- 4)

“Às 48h após o parto. Ideal de 3 a 7 dias de vida. Até 30 dias. E caso de transfusão sanguínea, 90 dias.” (Pós- 11)

“O ideal é que seja nas primeiras horas de vida até o 7º dia.” (Pós- 24)

É importante que o teste seja feito dentro do tempo suficiente para que ocorra o acúmulo do metabólico específico no sangue, mas sem ultrapassar o tempo máximo em que é possível se evitar complicações decorrentes de um início tardio do tratamento. Para a triagem da Fenilcetonúria, também se deve esperar pelo menos 48 horas de vida da criança, quando ela já recebeu leite suficiente para que haja acúmulo de fenilalanina no sangue, caso seja afetada (BRASIL, 2004; MAGALHÃES et al 2009).

Orientações que devem ser fornecidas aos familiares no momento do teste

As respostas no pré-teste sugerem fragilidades com relação ao conhecimento dessas orientações.

“O teste do pezinho é útil para detecção de doenças e de como podem ser tratadas e evitadas. Que quanto mais cedo for feito, melhor. É mais fácil e tempo hábil para detecção.” (Pré- 9)

“Manter o bebê quieto para a coleta.” (Pré- 13)

“Explicar que o teste é importante, pois pode prevenir algumas intercorrências que virão afetar seu filho.” (Pré- 21)

Já no pós-teste, pode-se observar que os alunos absorveram muito bem as informações repassadas na oficina, através dos discursos deles, acrescentando informações mais detalhadas no pós-teste, sobre que orientações fornecerem aos pais no momento da realização deste exame.

“Que o teste do pezinho é de suma importância para a detecção e tratamento prévio de doenças e diminuição dos prejuízos da criança.” (Pós- 9)

“A importância do teste como será realizado e orientações para o mesmo.” (Pós- 25)

“Que a mãe mantenha a criança na posição adequada e ajude na realização do mesmo” (Pós 16)

Os alunos citaram a importância de orientações aos pais sobre o teste do pezinho, como uma forma de uma ação preventiva, sendo a triagem neonatal um tipo de medida preventiva, o profissional de saúde deve atentar para orientações no que diz respeito à finalidade do exame. Além da legislação que garante o direito da realização da triagem neonatal a todas as crianças nascidas em território brasileiro, é fundamental o esclarecimento dos pais, uma vez que estes são elementos-chaves na satisfação das necessidades infantis. Esta sensibilização pode ser realizada tanto durante o pré-natal, quanto na maternidade, ou na ocasião em que os pais comparecerem com os filhos às unidades básicas de saúde (AMORIM & SOUZA, 2010).

De acordo com o segundo momento, pôde-se verificar através da simulação do Teste do Pezinho pelos alunos o aprendizado adquirido, pois abordaram a assistência desde o momento do acolhimento à família que acompanhava o bebê até as técnicas adequadas para a realização do teste e disponibilização de informações. Os mesmos foram capazes de julgar cada apresentação feita pelos colegas, apontando equívocos ou reforçando pontos positivos.

No momento da avaliação da oficina os acadêmicos mostraram-se satisfeitos com os novos conhecimentos adquiridos e principalmente relataram que desconheciam a importância e a complexidade que são as ações executadas no programa principalmente aquelas realizadas no momento da coleta. Enfocaram também que a oportunidade em conciliar a teoria e a prática, o que tornou o momento dinâmico, proporcionando um melhor aprendizado.

Conclusão

A experiência vivenciada por facilitadores e acadêmicos abordando o PNTN foi significativa por despertar nos discentes o interesse pela temática e o conhecimento acerca da sua práxis.

Reforçou também que o desenvolvimento de práticas educativas relacionadas a essa temática precisam ser contínuas, de forma a oportunizar a formação de profissionais capacitados e conscientes de seu papel na triagem neonatal e conseqüentemente na melhoria na saúde das crianças, minimizando as taxas de morbimortalidade entre elas no país.

Referências

AMORIM, Jaqueline Fendler de; SOUZA, Maria Helena do Nascimento. Conhecimento das mães acerca da triagem neonatal. **Rev. enferm. UERJ**; 13(1): 27-31, jan.-abr. 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de normas técnicas e rotinas operacionais do programa nacional de triagem neonatal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – 2. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Programa nacional de Triagem Neonatal: Nota Informativa.** novembro /2012. Disponível em<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2a_221112.pdf>. Acesso em: 04.07.2014.

DOMINGOS, Claudia R. Bonini - Programa de Triagem Neonatal de Hemoglobinopatias- uma reflexão- **Rev. Bras. Hematol. Hemoterapia**, São Paulo, vol.32, no. 2, São Paulo, 2010.

GOLDBECK, Ana Stela. **A Triagem Neonatal (Teste do Pezinho) na Rede de Atenção Básica em Saúde do Rio Grande do Sul: representações sociais e qualificação do processo comunicacional** / Monografia (Especialização)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre: 2006.

KIKUCHI, Berenice A. Assistência de enfermagem na doença falciforme nos serviços de atenção básica. **Rev. Bras. Hematol. Hemoterapia**, São José do Rio Preto, vol.29, no. 3 July/Sept. 2007.

MAGALHÃES, PKR et al. Programa de Triagem Neonatal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(2): 445-454, fev, 2009.

MENEZES, RSP et al. **Análise da Triagem Neonatal no município de Sobral, Ceará** – Convibra Gestão, Educação e Promoção da Saúde, 2013.

SILVA, MBGM et al. Enfermagem na Triagem Neonatal – **Rev.Acta Scientiarum. Health Sciences** Maringá, v. 25, no. 2, p. 155-161, 2003

Agradecimentos

Agradecemos a Prof^a Dra Maria Adelane Monteiro da Silva docente do módulo Gravidez, Nascimento e Desenvolvimento Infantil no Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú.

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: DESAFIOS EM SUA IMPLEMENTAÇÃO NO ESTADO DO CEARÁ

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

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

Liélma Carla das Chagas Silva- Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Diógenes Farias Gomes- Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Alexandro do Vale Silva- Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Maria Socorro de Araújo Dias (Orientador) – Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Palavras-chave: Saúde Escolar. Promoção da Saúde. Programas Governamentais

Resumo

O Objetivo deste estudo foi descrever os principais fatores que tem influenciado na implementação do Programa Saúde na Escola (PSE) no Estado do Ceará. Para isso, foi desenvolvido um estudo exploratórios- descritivo, utilizando-se de entrevistas realizadas com coordenadores de 13 Municípios do Estado do Ceará, questionando-os sobre os fatores que influenciam a implementação do PSE em seus cenários de atuação. Evidenciou-se fragilidades entre os setores saúde e educação, ocasionando impasses na gestão do PSE, bem como déficits nas estratégias de educação permanente, promovendo o empirismo no realizar das ações e dificultando a consolidação dos dados. Por fim, verificou-se que a maioria dos coordenadores possui outros encargos além da coordenação do PSE, de modo que este não é tido por prioridade. O Programa ainda enfrenta impasses para seu completo desenvolvimento no Estado do Ceará, contudo, mesmo em face das dificuldades tal programa se configura como potencializador das estratégias de promoção da saúde.

Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) configura-se como porta de entrada preferencial para a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) (BARRÊTO *et al*, 2013). Desta forma, com a função de promover a saúde nas diversas esferas da sociedade, cabe à atenção básica ir além do atendimento nas Unidades de Saúde. A ESF deve buscar constantemente a integração com instituições e organizações sociais por meio de parcerias, além de realizar diagnóstico situacional para direcionar as principais atividades a serem desenvolvidas (BRASIL, 2007). Percebe-se com isso, a importância de conhecer equipamentos sociais que corroborem com a promoção da saúde e que possam atender às necessidades de saúde dos indivíduos.

Nesse contexto, a escola é tida como um espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações promotoras e educadoras de saúde, além das preventivas de agravos e/ou adoecimentos (BRASIL, 2009). Isso se sustenta por a escola ser uma instituição responsável por estimular a apreensão de conhecimento e por promover a formação de opiniões a crianças e adolescentes, exercendo influência social, a fim de formar pessoas responsáveis por seus julgamentos e ações (SANTIAGO *et al*, 2012). Em decorrência disso, o conhecimento pode ir para da comunidade escolar, alcançando as famílias, no sentido de colaborar significativamente na esfera da prevenção da saúde na sociedade.

A iniciativa de inserir a saúde no espaço escolar não é algo recente, desde a década de 1950 diversas iniciativas foram tomadas, no entanto vinculadas a uma lógica sanitária, perpetuando o modelo biomédico focado na doença. No entanto, nas últimas décadas, surgiram iniciativas inovadoras que têm oportunizado o encontro da saúde com a educação, de modo a implementar políticas públicas intersetoriais favorecendo a articulação de ações e estruturas da saúde e da escola, além da rediscussão sobre seu papel como espaço promotor da saúde (BRASIL, 2012).

Nesse contexto, para a materialização de uma política intersetorial recente entre o setor saúde e educação, está o Programa Saúde na Escola (PSE). Este foi instituído pelo Decreto presidencial Nº. 6.286, de 05 de dezembro de 2007, como resultado do trabalho integrado entre os Ministérios da Saúde e Educação, na perspectiva de ampliar as ações de saúde aos alunos da Rede Pública de Ensino. Tem, portanto, o objetivo de contribuir para o fortalecimento de ações que vinculem saúde e educação, facilitando o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens brasileiros (BRASIL, 2007).

Diante da pactuação feita entre os setores saúde e educação, pelos municípios começam a surgir os primeiros desafios do Programa, caracterizados por fragilidades próprias do trabalho intersetorial, bem como por fatores políticos. Nesse contexto, este estudo objetiva compreender os fatores que influenciam na implementação do PSE, na perspectiva dos coordenadores do Programa.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de natureza qualitativa, acerca dos fatores que têm influenciado na implementação do Programa Saúde na Escola (PSE). Para compor os informantes-chaves, optamos por selecionar coordenadores, a partir do porte populacional, de 13 municípios distribuídos nas três macrorregiões de saúde do Ceará (TABELA 1) conforme dados do Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE), em 2006⁸. Essa escolha se justifica, por buscar uma ampliação dos diversos cenários de atuação dos coordenadores. Desta forma foram selecionados cinco municípios da macro Fortaleza, quatro da macro Cariri, e quatro da macro Sobral. A participação dos coordenadores na pesquisa se deu a partir do momento em que estes se dispuseram a participar da pesquisa e de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de informações foi orientada por uma indagação central: *Quais fatores tem influenciado na implementação do Programa Saúde na Escola (PSE) no seu município?* No decorrer da entrevista, surgiram outros questionamentos considerados importantes para a compreensão do objeto de estudo. Para manter a fidedignidade das informações coletadas, optou-se por gravar as entrevistas e transcrevê-las na íntegra. Os entrevistados foram identificados pelo nome Coordenador, seguido do número correspondente à ordem de transcrição das entrevistas (Coordenador 1 ao 13).

Para análise das informações, utilizou-se a técnica de Análise Temática (MINAYO, 2005), que propõe a leitura flutuante para apropriação do material, seguida da categorização dos conteúdos.

Este estudo é parte de uma Pesquisa maior, intitulada: Programa Saúde na Escola: Um estudo sobre sua avaliabilidade no Estado do Ceará, financiado pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP). Aprovado pelo Comitê Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), em Sobral-CE, por meio do Protocolo Nº 212.998/2013.

Resultados e Discussão

A intersetorialidade é um conceito que vem se destacando nos textos da área da saúde, desde o processo de Reforma Sanitária (BERGAMASCHI *et al*, 2012). Atualmente torna-se ainda mais evidente a presença desse conceito no arcabouço teórico-prático do SUS, da Atenção Básica em Saúde e da ESF, estruturados pelo referencial de Promoção da Saúde. Nesta perspectiva, discutir a intersetorialidade no PSE torna-se necessário, apesar de esta ainda se configurar como desafio na implementação do Programa, como expressa a fala do Coordenador 1, no que tange a articulação entre saúde e educação.

“Nós não temos um momento em que possamos estar discutindo sobre essa relação intersetorial para um melhor desenvolvimento do Programa[...] É complicada a relação saúde e escola...” (Coordenador 1).

Há, portanto, uma dificuldade na ação colaborativa entre os setores da saúde e da educação no PSE, caracterizada pelas dificuldades em realizar os planejamentos primados pelo Programa. Uma possível explicação para esse impasse é o fato de ambos os setores possuírem demandas próprias de seus encargos, sendo complicado adentrar no âmbito de trabalho do outro, como menciona o Coordenador 8.

“Saúde e escola, são duas realidades bem diferentes [...] cada um tem sua vida, suas demandas enormes, e, entramos nos seus mundos, você entra numa escola, daí você vê a escola com suas disciplinas, seus projetos políticos pedagógicos [...] aí você vai pra enfermagem ou pra saúde, daí você ver seus protocolos suas rotina. Daí você ver o Programa Saúde Escola... Difícil, bem difícil...” (Coordenador 8)

Nesta direção, a ESF como a principal porta de entrada do SUS, configura-se como ambiente em frequente tensão para as equipes de saúde, visto que estas além de desenvolverem as funções relacionadas à dinâmica vivenciada no cotidiano das Unidades Básicas, também precisam lidar com o cumprimento das metas, coberturas dos programas solicitados pelos gestores e as questões relacionadas às exigências do trabalho em equipe (DAUBERMANN; TONETE, 2012).

Somado a isso, o atual cenário brasileiro do sistema escolar público revela um quadro de condições precárias de trabalho. A rede pública de ensino, em sua maioria, apresenta quantidade insuficiente de trabalhadoras/es de educação, sendo estes insuficientes para realizar o excesso de demandas as quais são expostos (GOMES; BRITO; 2006)

Em face disso, os trabalhos que deveriam ser desenvolvidos intersetorialmente tendem a se operacionalizar apenas na perspectiva setorial, fragilizando as relações e troca de saberes que deveriam ser presentes durante os processos de planejamento.

Outro fator corroborante para os impasses da relação saúde e educação dentro do PSE, concentram-se no entendimento que os Coordenadores possuem em relação as suas atribuições em seus respectivos setores. Apesar de serem setores próximos no cotidiano, são distantes na compreensão de um em relação ao outro, conforme relata o Coordenador 3

“A função que a escola acredita ser de sua competência é simplesmente abrir as portas da escola para o profissional da saúde fazer as avaliações e as ações de educação em saúde.” (Coordenador 3)

No entanto, a escola, a partir do seu compromisso com a formação humana e técnica, tem papel fundamental no processo de transformação das concepções e práticas relacionadas à saúde, ao propor um processo educativo que considere a historicidade, a intersetorialidade e a constituição de redes de proteção integral.

O Coordenador 4 acrescenta seu posicionamento frente a articulação intersetorial, ao mencionar que há um “jogo” de responsabilidades entre os setores, o que permite evidenciar uma lacuna no entendimento de quais são as competências de cada setor dentro do Programa.

“Percebemos que tanto a saúde como a educação ficam jogando as responsabilidades do Programa, ficam se esquivando de suas competências, afirmando serem do outro setor. Criando, assim, um impasse para o desenvolvimento das atividades.” (Coordenador 4)

Infer-se que as especificidades de cada setor (saúde e educação) contribuem para as fragilidades de relacionamento entre estes. Uma possibilidade de enfrentamento para isso seria as estratégias de capacitação, entendendo que muitas das dificuldades apresentadas se concentram no entendimento da atribuição destes setores dentro do Programa.

Contudo, os entrevistados afirmam não possui capacitações para exercer tal cargo. Uma grande queixa entre os participantes do estudo foi o déficit de estratégias de Educação Permanente (EP) acerca do Programa.

“Nós não temos educação permanente. Não tivemos nenhum momento de EP com relação ao PSE, nem mesmo os coordenadores que são um grupo menor. Nós deveríamos ter pelo menos uma capacitação, pois nós estamos fazendo o programa como achamos que tem que ser feito.” (Coordenador 2)

Verifica-se uma insuficiência na EP acerca de temáticas relacionadas ao PSE, ocasionando práticas baseadas principalmente no empirismo. Atrelado a isso, está o risco de as ações desempenhadas no Programa serem realizadas apenas para o cumprimento das metas pactuadas, enfraquecendo o que é defendido pela Promoção da Saúde, a qual se configura como um dos componentes do PSE.

No âmbito das políticas nacionais de saúde, a educação permanente apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e assistenciais e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas, gestões e instituições formadoras (DE JESUS et al, 2010).

Tais ações se fazem importantes à medida que promovem a aproximação dos profissionais envolvidos no PSE, fomentam a discussão de estratégias para o programa, proporcionam um nivelamento técnico conceitual, de modo que os profissionais envolvidos tenham condições de qualificar a comunicação e o entendimento das bases conceituais do PSE (FERREIRA et al, 2014).

Dessa forma, percebe-se que apesar de serem respeitadas e exercidas as atividades referentes ao Programa, as ações de educação permanente prestadas aos profissionais e gestores do PSE no estado do Ceará, encontram-se incipientes, mesmo sabendo que a educação permanente em saúde apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado criando condições de diálogo entre práticas e concepções vigentes, entre o sistema de saúde e instituições formadoras.

Somado a isso, verificou-se que os a maioria dos Coordenadores do Programa possui outras atribuições além da coordenação do PSE. O Coordenador 6 relata possuir outros encargos e não conseguir cumprir sua carga horária em sua coordenação.

“A Carga horária exigida é de oito horas por dia, ou seja, 40 horas semanais. Só que eu não consigo concluir essas 40 horas, pois eu acompanho a educação especial e destino durante a semana, 12 horas para atendimento no NASF. Além desses atendimentos, eu também acompanho as escolas na orientação de professores.” (Coordenador 6)

Evidencia-se, desse modo, uma incompletude no tocante ao tempo destinado a coordenação do PSE. Diante de outras responsabilidades, torna-se difícil exercer os planejamentos e as ações primados pelo Programa, de modo que o papel que o PSE exerce no âmbito da Promoção da Saúde torna-se enfraquecido.

Nesta direção, os Coordenadores 7 e 10 acrescentam:

“Essa questão da carga horária é algo assim, meio complexo [...] São os meus horários vagos [refere-se aos horários que destina ao PSE], são os meus momentos nos dias em que eu não tenho atendimento. A gente reúne a equipe, às vezes eu tiro um dia, ou dois, no mês pra gente poder estar organizando as ações de planejamento dentro do meu cronograma.” (Coordenador 7)

“Eu não estou só com o PSE, estou com a Mobilização Social, o PSE e com o Olhar Brasil. Se eu for dividir igualmente é assim: Essa semana é importante para o PSE, então eu dedico aquela semana ao PSE. Então, assim, é uma correria, a gente tenta trabalhar as prioridades.” (Coordenador 10).

As ações do PSE devem ser desenvolvidas durante o ano inteiro a partir do momento em que são pactuadas. Dessa forma o Programa se configura como prioridade durante todo este período. O PSE apresenta estratégias de enfoque, como é o caso da Semana Saúde na Escola, entretanto isso não minimiza a importância das ações posteriores.

Para que o PSE alcance seus objetivos, é primordial a prática cotidiana de planejamento, de modo a atender às necessidades e demandas locais (BRASIL, 2011). Verifica-se, entretanto, que o planejamento das ações a serem desenvolvidas no PSE são fragilizadas diante da redução da carga horária que é ofertada para a coordenação do Programa.

Tendo em vista o impacto deste programa na saúde dos escolares, é imprescindível que os profissionais envolvidos (gestores, profissionais da educação, profissionais da saúde e comunidade geral) interajam nesse programa, transformando seu processo de trabalho na perspectiva da promoção da saúde (BEZERRA et al, 2013). Essa interação, para a transformação da realidade escolar, só pode ser conquistada a partir de uma aproximação dos sujeitos envolvidos com os fundamentos que norteiam o programa.

Conclusão

As informações obtidas pelas entrevistas demonstram desafios que influenciam na implementação do Programa Saúde na Escola. Evidenciou-se que a relação intersetorial e a Educação Permanente, componentes do Programa, são frágeis e que os coordenadores, em

sua maioria, possuem outros encargos além da atuação no PSE. Em decorrência disso, o Programa não tem seus objetivos operacionalizados em sua totalidade, por ser não ter seus pilares fortalecidos.

Considerando a percepção dos coordenadores frente a isso, alguns demonstram aflição, outros desânimo e até mesmo raiva. Alguns, no entanto, expressaram despreocupação, pois em meio a outras atribuições o PSE não é tido por prioridade. As relações intersetoriais, bem como as estratégias de educação permanente precisam ser potencializadas para um melhor desenvolvimento do Programa.

A implementação do PSE ainda enfrenta impasses para seu completo desenvolvimento no Estado do Ceará, contudo, mesmo em face das dificuldades tal programa se configura como potencializador das estratégias de promoção da saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a passo PSE – Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos para a intersetorialidade**. Série Projetos, Programas e Relatórios. Brasília-DF: Ministério da Saúde, p. 20, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2007.

BARRÊTO, A.J.R *et al*. Matrix support in the opinion of professionals of the family health Strategy **J Nurs UFPE online** [internet]. 2013 Jan [cited 2014 Apr 04]; 7(1):46-52. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3214/pdf_1802

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília: MS; 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde, Cadernos de Atenção Básica; n. 24).

BRASIL. 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 6 dez 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a passo PSE – Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos para a intersetorialidade**. Série Projetos, Programas e Relatórios. Brasília-DF: Ministério da Saúde, p. 20, 2011b.

DE JESUS, M. C. P.; FIGUEIREDO, M. A. G.; SANTOS, S. M. R.; AMARAL, A. M. M.; ROCHA, L. O.; THIOLLENT, M. J. M. Educação permanente em enfermagem em um Hospital Universitário. **Rev Esc Enferm USP**. 2011 v. 45, n. 5, pp. 1229-1236.

FERREIRA, I. R. C.; MOYSÉS, S. J.; FRANÇA, B. H. S.; CARVALHO, M. L.; MOYSÉS, S. T. Percepções de gestores locais sobre a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola*. **Revista Brasileira de Educação**. v. 19 n. 56 jan.-mar. 2014.

CEARÁ. **Microrregiões de Saúde** [Internet]. 2010. Disponível em: http://geolivre.saude.ce.gov.br/egroupware/sitemgr/sitemgr-site/?page_name=Microregioes. Acesso em: 03 fev. 2012.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006

SANTIAGO, I. M *et al*. Implantação do Programa Saúde na Escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**. Brasília 2012 nov-dez; 65(6): 1026-9.

Agradecimentos

A Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), por subvencionar este estudo.

A Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Autor 1 – (apresentador) Mirna Cavalcante Gurjão – Universidade Estadual do Rio Grande do Norte/mcgurjao@gmail.com

Autor 2 – Xiankarla de Brito Fernandes Pereira - Universidade Estadual do Rio Grande do Norte Instituição

Autor 3 – Kelianny Pinheiro Bezeerra - Universidade Estadual do Rio Grande do Norte

Autor 4 – (Orientador) Lorrainy da Cruz Solano - Universidade Estadual do Rio Grande do Norte/Prefeitura Municipal de Mossoró/lorrainysolano@yahoo.com.br

Palavras-chave: Programa de saúde na Escola. Estratégia de Saúde da Família. Saúde infantil. Nutrição infantil.

Resumo

O Programa Saúde na Escola (PSE) tem o objetivo de reforçar os cuidados com a saúde e a prevenção às doenças dos alunos brasileiros e construir uma cultura de paz nas escolas. O objetivo deste trabalho é relatar a experiência de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no desenvolvimento das ações do PSE em uma escola da rede municipal de ensino fundamental em Mossoró, Rio Grande do Norte. Trata-se de uma análise de abordagem quantitativa e qualitativa, de natureza descritiva, realizada entre os meses de março e julho de 2014 na Escola Municipal Professora Maria Elsa Fernandes Sena com 87 alunos cadastrados no SIMEC pela equipe da ESF da UBS Dr José Holanda. Foram avaliados 61 alunos de primeiro ao quinto ano, com variação de idade de seis a quatorze anos. A partir do Índice de Massa Corporal (IMC) avaliamos o estado nutricional das crianças. Verificou-se que 57,4% estavam eutróficos, 26,2% estavam sobrepeso, 11,5% eram obesos e apenas 4,9% estavam com baixo peso. Seguindo o padrão nacional, há elevação de sobrepesos/obesos e não houve reconhecimento de nenhuma criança desnutrida. Pouco mais da metade das crianças tiveram alguma queixa, sendo as principais delas dor abdominal, lesões de pele e sintomas gripais. Pelo exame de acuidade visual, detectamos cinco crianças com discreta redução da acuidade visual. Nenhum aluno apresentou alteração dos níveis de pressão arterial. É preciso maior empenho e organização por parte dos gestores da saúde e da educação para dar continuidade ao processo de trabalho já implementado.

Introdução

O Programa Saúde na Escola (PSE), lançado em setembro de 2008, é resultado de uma parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação. Tem o objetivo de reforçar os cuidados com a saúde e a prevenção às doenças dos alunos brasileiros e construir uma cultura de paz nas escolas. Visa ainda a integração e a articulação permanente entre educação e saúde, proporcionando melhoria da qualidade de vida da população brasileira (BRASIL, 2011).

Essa é uma proposta de trabalho que já existia dentro da Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma vez que a escola é um dos equipamentos sociais que fazem parte do território e que já constava como uma necessidade primária a ser trabalhada pela equipe da ESF. O programa institucionalizou essa linha de trabalho destinando financiamento próprio, agendas de educação/saúde e criando um sistema de informação junto ao Sistema Integrado de Monitoramento e Controle do Ministério da Educação (SIMEC).

A busca de melhores resultados em saúde para a população é uma das diretrizes da Saúde da Família. Os profissionais das equipes, juntamente com os professores, têm o papel de ofertar condutas e intervenções eticamente aceitáveis, principalmente aumentando a capacidade de um ambiente escolar saudável, promovendo o acesso à informação e oportunizando escolhas saudáveis e habilidades para que os alunos, suas famílias e a comunidade vivam melhor. Portanto, ao contrário da medicalização, o programa está centrado na promoção à saúde, na prevenção das doenças e, claro, no caso de identificação de agravos ou doenças, na sua resolução efetiva (MENDONÇA, 2008, p. 4).

As diretrizes do PSE pré-estabelecem como responsabilidade da equipe da ESF o que eles denominam de componente 1, “ Avaliação Clínica e Psicossocial”, que tem os seguintes campos: Realizar avaliação antropométrica e avaliar o estado nutricional e hábitos alimentares dos educandos; aferir pressão arterial e identificar educandos com Hipertensão Arterial Sistêmica; realizar verificação de estado vacinal dos alunos; verificar possíveis sinais de agravos de saúde negligenciados (tuberculose e hanseníase); realizar triagem de acuidade visual e identificar educandos com problemas visuais; realizar triagem auditiva; avaliar o estado de saúde bucal dos educandos e identificar possíveis alterações e encontrar educandos sem o registro civil, orientando os pais ou responsáveis sobre a importância dos mesmos.

Nesse sentido o propósito deste trabalho é relatar a experiência de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família no desenvolvimento das ações PSE em uma escola da rede municipal de ensino em nível fundamental em Mossoró, Rio Grande do Norte.

Metodologia

Trata-se de uma análise de abordagem quantitativa e qualitativa, de natureza descritiva, realizada entre os meses de março e julho de 2014 na Escola Municipal Professora Maria Elsa Fernandes Sena com 87 alunos cadastrados no SIMEC pela equipe da ESF da UBS Dr José Holanda.

A equipe da Estratégia de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr José Holanda está cadastrada no CNES como 127 e é uma das 62 equipes que compõem a Atenção Básica do município de Mossoró, Rio Grande do Norte. É responsável por 825 famílias em um território com seis microáreas compostas por áreas extremamente vulneráveis como a Favela do Tranquilinho até famílias de alto poder aquisitivo.

A escola alvo das ações do PSE está dentro do território e atende crianças e adolescentes da Favela do Tranquilinho.

Os dados selecionados para esse trabalho são oriundos da estratégia de trabalho da equipe dentro da Semana da Saúde com ações prioritárias da política de governo, no âmbito da saúde. Nesse sentido foram realizadas: avaliação antropométrica, verificação de níveis tensionais, busca ativa de doenças emergentes como Hanseníase e Tuberculose e avaliação da acuidade visual no que se refere à assistência clínica.

Todas as informações foram devidamente registradas no sistema de informações do programa e serão apresentadas aqui em formato de quadros seguidas de discussão.

Resultados e Discussão

As diretrizes do PSE pré-estabelecem como responsabilidade da equipe da ESF o que é denominam de componente 1, “ Avaliação Clínica e Psicossocial”, que tem os seguintes campos: Realizar avaliação antropométrica e avaliar o estado nutricional e hábitos alimentares dos educandos; aferir pressão arterial e identificar educandos com Hipertensão Arterial Sistêmica; realizar verificação de estado vacinal dos alunos; verificar possíveis sinais de agravos de saúde negligenciados (tuberculose e hanseníase); realizar triagem de acuidade visual e identificar educandos com problemas visuais; realizar triagem auditiva; avaliar o estado de saúde bucal dos educandos e identificar possíveis alterações e encontrar educandos sem o registro civil, orientando os pais ou responsáveis sobre a importância dos mesmos. Além disso, o PSE tem como um dos seus objetivos a promoção à saúde e o fortalecimento do enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar. As equipes de saúde da família devem realizar visitas periódicas às escolas para avaliar a saúde e realizar educação em saúde de acordo com as necessidades locais.

A escola vem passando por uma série de transformações que se expressam, por exemplo, na compreensão da relação que a escola estabelece com a comunidade. Quando se pensa em “subir” os muros da escola, como saída para uma situação de violência, a escola pode estar se isolando de sua comunidade. É preciso baixar os muros da escola, a transformação em questão é a que leva ao reencontro da escola com a vida, em sua pulsação. Não há como pensar que se pode trabalhar essa relação sem que as diferentes áreas do poder público que incidem sobre a vida dessa comunidade comecem a dialogar entre si, a partir das necessidades dessas comunidades (MOLL, 2008, p. 6).

Nesse sentido, foram avaliadas 61 crianças de primeiro ao quinto ano da Escola Municipal Professora Maria Elza Fernandes Sena, com variação de idade de seis a quatorze anos. Sendo obtidos os seguintes dados:

Turma	Nº alunos	Idade(anos)	Peso	Altura	PA
1º ano	7	6	22,5Kg	1,16	95X60
2º ano	13	7,8	26,1Kg	1,22	100X 65
3º ano	9	9	30.6Kg	1,31	110X70
4ºano	18	10,3	34,1Kg	1,39	105X65
5º ano	14	11,4	39,4Kg	1,46	105X65

Quadro 1: fonte livro de registro local

A partir do Índice de Massa Corporal (IMC) avaliamos o estado nutricional das crianças. Verificou-se que 57,4% estavam eutróficos, 26,2% estavam sobrepeso, 11,5% eram obesos e apenas 4,9% estavam com baixo peso. Seguindo o padrão nacional, há elevação de sobrepesos/obesos e não houve reconhecimento de nenhuma criança desnutrida.

Turma	Eutrofia	Sobrepeso	Obesidade	Baixo peso
1º ano	71%(5)	14,5%(1)	14,5%(1)	-
2º ano	62%(8)	23%(3)	15%(2)	-
3º ano	44%(4)	11%(1)	33%(3)	11%(1)
4ºano	50%(9)	33%(6)	5%(1)	11%(2)
5º ano	65%(9)	35%(5)	-	-

Quadro 2: fonte livro de registro local

Pouco mais da metade das crianças tiveram alguma queixa, sendo as principais delas dor abdominal, lesões de pele e sintomas gripais. Pelo exame de acuidade visual, detectamos cinco crianças com discreta redução da acuidade visual.

A atividade alicerçou o terreno de intervenção das ações em saúde, mas o fato de terem sido avaliadas somente 70% dos alunos matriculados na escola expressa evasão escolar.

A respeito da flutuação numérica, a escola utiliza o argumento de que há grande número de transferências e faltas no cotidiano. A direção não aceita formalmente esse fenômeno pelas represálias da Secretaria de Educação, mascarando o problema, que é visto com bons olhos pelo corpo docente que, entre outras falas, diz: “A sorte é que faltam muitos todos os dias, porque se viessem todos seria enlouquecedor”.

É preciso pensar no contexto local já que a estrutura física da escola não permite um ambiente saudável para docentes e discentes, uma vez que a mesma está instalada em uma casa adaptada, sem nenhuma área de lazer para as crianças que tem entre 6 e 15 anos. Além disso, os alunos são predominantemente moradores de uma área crítica do território da ESF que é a Favela do Tranquilim e que tem em comum a naturalização da pobreza e violência.

De acordo com a proposta do programa, todos os envolvidos são convidados a serem educadores, sejam trabalhadores da saúde ou da educação. Faz-se, então, necessário o que Morinet et al (2007) alerta: O reforço das atitudes de aptidões que permitam superar os obstáculos produzidos pelas estruturas burocráticas e pelas institucionalizações das políticas unidimensionais como o PSE vem se apresentando.

Conclusão

Esses são alguns dos desafios a serem enfrentados pela equipe da ESF junto à escola. Desse modo, há evidências que apontam bons horizontes para o trabalho convergente com as diretrizes do Sistema Único de Saúde e do PSE.

É preciso maior empenho e organização por parte dos gestores da saúde e da educação para dar continuidade ao processo de trabalho já implementado, procurando identificar e garantir resolutividade às lacunas que emergiram no cotidiano das práticas das equipes da ESF no município de Mossoró.

Esse deve ser um compromisso de todos que participam do PSE como forma de apostar que a realidade pode ser mudada. Contudo, para que isso aconteça, é necessário o compromisso de todos os sujeitos envolvidos.

Referências

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade. **Agenda Educação e Saúde: reconhecimento e mapeamento das possibilidades de apropriação dos espaços locais pela comunidade**, Brasília, 2011. 56p.
_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília, 2007. 160p.
MENDONÇA, C. S. PSE. **Revista de Saúde da Família**, Brasília, n. 20, out/dez. 2008. p. 6-7.
MOLL, J. PSE. . **Revista de Saúde da Família**, Brasília, n. 20, out/dez. 2008. p. 8-9.

Agradecimentos

Gostaríamos de agradecer aos profissionais da Escola Municipal Professora Maria Elsa Fernandes Sena que nos ajudam a realizar com presteza esse programa. Agradecemos também a todos os profissionais da Unidade Básica de Saúde Dr. José Holanda, no Bairro Dom Jaime – Mossoró/RN, que a cada dia mostram que trabalho bom é feito em equipe!

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA UMA FERRRAMENTA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE AO ADOLESCENTE ESCOLAR

Cláudia Patrícia da Silva Ribeiro (Apresentadora) Universidade Estadual do Ceará- UECE, claudia_ribeiro6@hotmail.com
Daniele Rocha de Farias Marques- Universidade Estadual do Ceará- UECE
Anamaria Cavalcante e Silva- Faculdade Unichistus
Mariana Campos da Rocha Feitosa- SMS de Maracanaú
Francisco Ranilson Alves Silva - Universidade Estadual do Ceará- UECE
Ana Carina Stelko Pereira (Orientadora) – Universidade Estadual do Ceará

Palavras-chave:.Promoção em Saúde. Programa Saúde na Escola. Adolescente

Resumo

Esse estudo tem como objetivo analisar o cuidado integral ao adolescente no contexto escolar. Entende-se que a escola é um espaço potencial para a aplicação das políticas públicas de saúde e de educação, efetivadas por meio do Programa de Saúde Escolar (PSE) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Nesse estudo entrevistou-se 47 adolescentes de uma escola do Ensino Fundamental do Município de São Gonçalo do Amarante/Ce em 2013, fez-se observação não participante do ambiente escolar e análise do documento de adesão de São Gonçalo do Amarante ao Programa Saúde Escolar. Os entrevistados eram em sua maioria do sexo feminino, com 14 a 19 anos e maioria cursavam o 7º e 9º ano do Ensino Fundamental. A escolha dos entrevistados ocorreu conforme a demanda de adolescentes existentes na Unidade Escolar. Dentre as atividades mais desenvolvidas relatadas foram a acuidade visual e pesagem. Notou-se que a maioria dos adolescentes têm conhecimento das atividades já em desenvolvimento no PSE. Conclui-se que assistência integral à saúde dos adolescentes, deve ser fortalecida pela implementação de ações intersetoriais, na prática de educação em saúde participativa e nas estratégias relacionadas a permanência da saúde, buscando qualidade no serviço oferta e na construção de uma vida saudável dentro da escola.

Introdução

A escola é um espaço potencial para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde e de educação, nas quais os princípios da integralidade e intersetorialidade podem se efetivar por meio do Programa Saúde na Escola (PSE). O Programa Saúde na Escola envolve, mais do que uma estratégia de integração das políticas setoriais, um novo desenho da política de Educação em Saúde que, “(...) trata a

saúde e educação integrais como parte de uma formação ampla para a cidadania e a função plena dos direitos humanos”, permitindo ampliação das ações intersetoriais entre a saúde e educação, visando cuidado integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens por meio da educação em saúde e articulação de saberes pela participação de alunos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na elaboração e controle social da política (BRASIL, 2011).

Nessa perspectiva, a vigilância e promoção à saúde propõe a incorporação de novos sujeitos, extrapolando o conjunto de profissionais e trabalhadores de saúde, ao envolver outros agentes sociais, isto é, a população organizada, abarcando, além dos determinantes clínico-epidemiológicos no âmbito individual e coletivo, as determinantes sociais dos grupos e populações distintas (Costa e Carbone, 2010). Assim, a intervenção e a promoção à saúde deve extrapolar a utilização dos conhecimentos médico-sanitários, agregando as tecnologias de comunicação social que podem estimular a mobilização social, a organização e a participação de diversos grupos e agentes na promoção e na defesa das condições de vida e saúde.

O PSE progressivamente, desde seu lançamento em fevereiro de 2011, incorpora a cada ano, novas atividades direcionadas a saúde integral não só dos adolescentes mas também das crianças de 3 a 6 anos de idade. Algumas das atividades desenvolvidas no PSE se referem a: avaliação da acuidade visual, verificação de situação vacinal, pesagem, cálculo do índice de massa corporal, medição de pressão arterial e avaliação da saúde bucal. Além dessas atividades diagnósticas, o PSE contempla atividades educativas sobre cultura de paz, saúde reprodutiva, alimentação saudável, álcool e outras drogas e atividades físicas.

Apesar de o PSE parecer ser uma iniciativa relevante, é necessário avaliar se esse programa tem sido implantado adequadamente, não apenas em municípios de grande porte e de regiões bem desenvolvidas economicamente do país, como também em municípios do interior e com menor número de habitantes. Estudos de avaliação da implantação do PSE se justificam, pois podem apresentar aspectos a serem mantidos ou aprimorados quanto a assistência prestada ao adolescente. Diante disso, esse estudo teve como objetivo identificar as ações de saúde no espaço escolar levando em consideração a integralidade e a intersectorialidade no Programa de Saúde na Escola do Município de São Gonçalo do Amarante (CE), o qual aderiu ao Programa Saúde na Escola em março de 2011.

Metodologia

Tipo de estudo

Pesquisa do tipo exploratório-descritiva de abordagem qualitativa. A pesquisa exploratória tem a finalidade de ampliar o conhecimento do pesquisador a respeito de um determinado fenômeno a partir da compreensão da realidade (GIL, 2007) e a pesquisa descritiva tem como objetivo descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade (GIL, 2007).

A pesquisa qualitativa caracteriza-se em conjunto de ações que norteiam “caminhar” do estudo tais como: o ambiente natural / o pesquisador como ferramenta fundamental do desenvolvimento da pesquisa; enfoque indutivo e caráter descritivo. Portanto a pesquisa qualitativa apresenta contribuições ao processo de mudança do estudo, possibilita a criação ou forma opiniões de determinado grupo, assim como permite a interpretação de características específicas dos comportamentos e atitudes individuais (MINAYO, 2010).

Local da pesquisa

São Gonçalo do Amarante localiza-se na região norte do estado do Ceará, na faixa litorânea, na bacia hidrográfica do Curu, integrando a região metropolitana de Fortaleza, a uma distância de 54 km da capital. Suas principais atividades econômicas são: a agricultura de subsistência (plantação de feijão, milho, mandioca e caju), a agroindústria canavieira, a indústria de cerâmica, o turismo, o artesanato, o comércio varejista, indústrias e transporte de mercadorias Complexo Industrial e Portuário do Pecém – CIPP.

Participantes

Participaram do estudo 47 adolescentes os quais tinham entre 14 a 19 anos de uma Escola Pública de Ensino Fundamental localizada na sede do município.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por intermédio de entrevistas semiestruturadas que para Minayo (2010) “[...] é uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa [...]”. As entrevistas ocorreram na própria escola e destinasse a avaliar as atividades de promoção da saúde junto ao Programa Saúde na Escola da qual os alunos participaram.

Utilizou-se ainda um documento de caráter oficial, da Secretária de Educação do Município de São Gonçalo do Amarante, no qual encontrava-se descritos os aspectos principais do PSE no município, como temas, objetivos e sujeitos das intervenções.

Resultados e Discussão

Foi encontrado que a faixa etária de maior predominância recaiu sobre os adolescentes de 14 a 19 anos, com 83,34%. Dentre os 47 adolescentes que participaram do estudo de 66,7% eram meninas e, em sua maioria, cursavam entre a 7ª e a 9ª série do Ensino Fundamental (86,7%), fato a evidenciar que os jovens já possuem um nível de conhecimento que os retira da condição de analfabetos e que o Município de São Gonçalo do Amarante está buscando promover o maior acesso desses jovens ao direito à educação.

Temática com maior abordagem

Os adolescentes indicaram que os temas transversais abordados com maior frequência pela escola foram: doenças de pele, HIV, dengue, DST, violência, drogas, obesidade, orientação sexual, meio ambiente, paz e política. Algumas exemplos de falas de adolescentes sobre os temas abordados envolvem: [...] falam sobre a importância do uso da camisinha, sobre obesidade na adolescência, sobre dengue, doenças sexualmente transmissíveis e doenças da pele; “[...] doenças sexualmente transmissíveis, obesidade e violência”, e “[...] dengue, sexualidade, preconceito, obesidade etc.”

A escola é um espaço ímpar para a prática da intersectorialidade como uma inovação para a assistência integral ao adolescente. É preciso que os profissionais da ESF incorporem uma concepção mais ampliada de processo de trabalho, com vistas a criar espaços de interlocução e escuta que permitam canais de compartilhamento de soluções

Adicionalmente, os alunos lembraram das atividades de avaliação de acuidade visual e pesagem. Alguns exemplos de afirmações dos adolescentes envolvem: “*toda vez que eles (profissionais de saúde) vem aqui fazer o exame do meu olho, vejo que todo ano ele dá diferente, tenho que usar óculos*”; “*fico mais tranquila quando faço o exame dos olhos, porque sei que esta tudo bem*”; “*sei que é importante mais não gosto quando é dia do peso, por que sei que não estou bem com meu corpo*”; “*o peso e o IMC que eles fazem nos ajuda a ver como estamos com nossa comida e saúde*”.

Já as demais atividades que integram o PSE (avaliação da saúde bucal, verificação de situação vacinal e detecção precoce da hipertensão arterial) também foram lembradas pelos adolescentes, mas com menor predominância, respectivamente 23%, 20% e 18% dos adolescentes lembraram dessas outras atividades.

Os adolescentes referiram buscar serviços de saúde apenas quando estavam doentes, tendo expressado a necessidade de um acompanhamento sistemático e preventivo por parte dos profissionais de saúde e ainda expressaram como deveria ser o atendimento quanto ao espaço físico, acolhimento e comunicação com os profissionais. Alguns adolescentes assim afirmaram: “*só fui atendida numa unidade do Programa Saúde da Família quando tive algum problema de saúde*”; “*mais não na escola, o posto de saúde é muito bom para o adolescente, tem carteirinha do jovem, a bolsa família para os adolescentes*”;

Seus relatos parecem expressar o fato de que ainda é débil o trabalho de escuta do indivíduo, e, por conseguinte, os adolescentes seriam excluídos do processo de decisão sobre como fomentar a saúde coletiva e individual. Parece que o modo como vem ocorrendo o cuidado de saúde do adolescente no município investigado ainda não superou-se o modelo biomédico, no qual o usuário é percebido como simples objeto, dependente dos cuidados dos profissionais, estes detentores de conhecimento e experiência técnico-científica suficientes para resolver sozinhos os problemas multidimensionais que provocam os danos e os riscos à saúde. Algumas opiniões dos participantes a esse respeito são: “*Gostaria que tivéssemos um grupo de dança e aulas de capoeira*”, “*Gostaria que fossemos atendidos com mais respeito porque as vezes dá impressão de que o que a gente fala não é levado a sério como se fosse bobagem*”.

Os depoimentos dos adolescentes remetem inicialmente a uma reflexão sobre a mudança do modelo assistencial proposta pelo Sistema Único de Saúde, o qual expressa a necessidade de ações de saúde ancoradas na Promoção da Saúde, para melhor qualidade de vida desse grupo em questão. Para Beluci(2010), a estratégia Saúde da Família vem possibilitando a oferta de uma gama de serviços destinados a toda população existente em uma localidade e específicos as necessidades de cada grupo, considerando que os adolescentes possuem peculiaridades e especificidades quanto a saúde.

Conclusão

Percebeu-se que, a despeito da existência de vários programas e projetos dirigidos à faixa etária estudada, os adolescentes evidenciaram que existe deficiência nas estratégias que favoreçam a mobilização e participação dos adolescentes no processo de decisões quanto à prevenção de doenças. O modelo bio-médico parece não ter sido superado, de maneira que os adolescentes ainda estão afastados da co-responsabilidade das ações de promoção em saúde individual e coletiva. Apesar disso, mesmo sem o acesso às informações sobre os projetos, a maioria dos adolescentes demonstrou motivação para participar do Programa Saúde na Escola.

No tocante às temáticas e as atividades desenvolvidas junto ao PSE, percebeu-se maior ênfase as atividades de verificação de situação vacinal, saúde bucal e detecção precoce de hipertensão, sendo importante diversificar as temáticas exploradas e discutidas dentro do PSE.

No que se refere ao acesso ao atendimento dos adolescentes à Estratégia de Saúde da Família, as falas dos jovens indicaram deficiência, apesar de procurarem as unidades básicas de saúde em caso de doenças, apontando também como causa dessa deficiência a inadequação dos espaços físicos e de programação específica para a faixa de 10-19 anos, bem como de um acolhimento mais humano e menos interrogativo, onde busquem adaptar suas atividades as necessidades da fase de adolescência e de seus conflitos.

Ressalta-se que os adolescentes, apontam a possibilidade da interação da escola com a saúde e indicam a viabilidade da consecução do Programa Saúde na Escola implantado pela gestão do Município de São Gonçalo do Amarante desde 2011, como um programa de bons resultados, devendo ser mais amplamente divulgado e executado.

Referências

- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Marco teórico e referencial:** saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília: Ministério da Saúde, 2006;
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrutivo PSE** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011;
- BELUCI, D.G de P. **Programa Saúde da Família II:** manual para o dia-a-dia das equipes de saúde da família. 2ªed. São Paulo. Lawbook, 2010;
- COSTA, E.M.A da, CARBORE, M.H. **Saúde da Família uma abordagem multidisciplinar**, 2ª ed. Rio de Janeiro. Editora Rubio, 2010;
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007. 195 p.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

PROJETO DE EXTENSÃO “SUPER HOMENS TAMBÉM ADOECEM: EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A POPULAÇÃO MASCULINA”

Rodrigo Jacob Moreira de Freitas (apresentador) – Universidade Potiguar – UNP/ Universidade do Estado do Ceará/UECE. Email: rodrigojmf@gmail.com.br

Sibele Lima da Costa – Universidade Potiguar – UNP

Janaina Maciel de Queiroz – Universidade Potiguar – UNP

Nayara Maciel de Freitas – Universidade Potiguar – UNP

Ms. Kalyane Kelly Duarte de Oliveira – Universidade Potiguar – UNP

Dr^a Ana Ruth Macedo Monteiro (Orientador) – Universidade Estadual do Ceará – UECE

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

Resumo

Objetiva-se relatar as experiências de promoção da saúde do projeto de extensão “SUPER HOMENS TAMBÉM ADOECEM: educação em saúde para a população masculina”, da Universidade Potiguar - UNP com grupo de homens trabalhadores da subsecretaria de serviços urbanos do município de Mossoró/RN. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência durante o período de 2013.1 à 2014.1. O local do projeto se dá na Subsecretaria de Serviços Urbanos do Município de Mossoró-RN. A população alvo é constituída pelos profissionais do sexo masculino que fazem parte da subsecretaria de serviços urbanos de Mossoró, como Garis, Agentes de Trânsito. A Educação em Saúde é utilizada como estratégia para desenvolvimento das atividades com o grupo. São realizadas atividades semanais, nas sextas-feiras, em dois horários, para atingir os trabalhadores propostos. Pretende-se influenciar na qualidade de vida, mudança de hábito de forma positiva, abordando assim algumas questões que são primordiais para a saúde do homem. O projeto de extensão possibilitou a articulação ensino-pesquisa e serviços de saúde, bem como para a construção de habilidades e competências dos alunos envolvidos. Tivemos como dificuldades fazer com que os homens frequentem os serviços primários de saúde e diagnostiquem precocemente doenças que acometem a população. É preciso educar essa população com o intuito de incentivar hábitos saudáveis como principal prevenção para o desenvolvimento de problemas a saúde. Necessitamos de uma maior articulação com os profissionais de saúde, para que estes também busquem estratégias para trabalhar e envolver a PNAISH nas suas práticas cotidianas.

Introdução

A existência de ações direcionadas para a saúde do homem voltada à prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, manutenção, promoção e proteção da saúde, intrínsecos na Portaria nº 648-GM/2006 (BRASIL, 2006), caracteriza atos da Atenção Básica em Saúde (ABS) e tem representado um desafio para os profissionais da área da saúde.

Segundo Couto et al., (2010), a maneira como o sistema de saúde no Brasil vem se organizando evidencia que a maior parte do atendimento na Atenção Básica (AB) privilegia grupos populacionais considerados mais vulneráveis, por meio de ações programáticas voltadas para a saúde da mulher, da criança e do idoso, pouco favorecendo a atenção à saúde do homem.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), morrem mais homens que mulheres ao longo do ciclo da vida, muitas dessas mortes poderiam ser evitadas, se não fosse a resistência masculina frente à procura pelos serviços de saúde (BRASIL, 2008) e é claro, pelas ações que os segmentos do setor saúde realizam.

De acordo com Brasil (2008), um fator que se vincula a esta problemática é a consideração de que há dificuldade, neste grupo, em reconhecer suas próprias necessidades em saúde, cultivando o pensamento que rejeita a possibilidade de adoecer, mantendo até hoje a questão cultural da invulnerabilidade masculina, de seu papel social de provedor e de herói. Aliando-se a isso, Schraiber et al., (2010) dizem que existe a conformação do acesso aos serviços de atenção básica, historicamente estruturados para atender mulheres e crianças, e cujos horários de funcionamento coincidem com as jornadas laborais dos trabalhadores. Esta situação dificulta o atendimento de pessoas do sexo masculino, culturalmente os provedores da família e a referência como trabalhadores.

Deve-se considerar, ainda, que, mesmo quando esses homens comparecem aos serviços de atenção básica, não significa que eles tenham suas necessidades de saúde atendidas, já que a lógica das ações programáticas não tem buscado historicamente contemplá-las, pois muitas vezes elas permanecem na lógica curativa e/ou de reabilitação (SCHRAIBER et al., 2010).

Para minimizar tais fragilidades do sistema de saúde, o MS criou-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), cujos objetivos principais são: qualificar a assistência à saúde masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardecam a integralidade e qualificar a atenção primária para que ela não se restrinja somente à recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção de agravos evitáveis (BRASIL, 2008).

Cabe ressaltar que, mesmo sendo considerada a criação da PNAISH um grande passo em direção ao aprimoramento do atendimento à saúde da população masculina, fato este que gerou um Plano de Ação Nacional com previsão de implementação entre 2009 e 2011, ainda não se tem percebido mudanças efetivas no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2009). Sendo assim, apesar da criação dessa política específica, os profissionais da saúde precisam incorporar um olhar qualificado e direcionado, que fará a assistência à saúde mais eficiente e eficaz, contribuindo para a redução de complicações e aparecimento de agravos na população masculina (SILVA, 2010).

Há, portanto, uma opção politicamente sustentada, em favor da inclusão desse grupo populacional historicamente excluído do acesso ao cuidado integral à saúde na rede pública, isto é, o desenvolvimento do cuidado em uma perspectiva interdisciplinar e multiprofissional. Isso traz, para a os profissionais da saúde, a necessidade de rever sua prática no âmbito das equipes de saúde da atenção básica, tanto nas Estratégias Saúde da Família (ESF) como nos serviços que ainda mantêm uma organização em moldes de postos ou centros de saúde tradicionais (SILVA et al., 2012).

Dessa forma, este trabalho tem o objetivo de relatar as experiências de promoção da saúde do projeto de extensão “SUPER HOMENS TAMBÉM ADOECER: educação em saúde para a população masculina”, da Universidade Potiguar (UNP), com grupo de homens trabalhadores da subsecretaria de serviços urbanos do município de Mossoró/RN.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência. O relato envolve as experiências do projeto de Extensão da Universidade Potiguar (UNP), campus Mossoró/RN, durante o período de 2013.1 à 2014.1.

A PNAISH foi criada em 2009 pelo Ministério da Saúde, e o programa de saúde do homem foi implantado no estado do Rio Grande do Norte – RN em agosto de 2010, em três municípios prioritários: Natal, Parnamirim e Mossoró.

O projeto de extensão intitulado: “SUPER HOMENS TAMBÉM ADOECER: EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A POPULAÇÃO MASCULINA” foi pensado em cinco fases compostas pela implantação, promoção da saúde, informação e comunicação, qualificação de profissionais, avaliação e monitoramento.

Mossoró vem desenvolvendo ações de informação, educação e comunicação em saúde na tentativa de difundir a política, promovendo mudanças de paradigmas no que se refere ao cuidado com a saúde do homem e de sua família. O projeto teve início no semestre letivo 2013.1 com o objetivo de promover informações e discussões quanto aos cuidados de saúde para os trabalhadores da subsecretaria de serviços urbanos de Mossoró-RN do sexo masculino, bem como estimular quanto ao autocuidado dessa população em relação ao seu processo de saúde/doença; orientar os trabalhadores da subsecretaria de serviços urbanos quanto aos fatores de risco que estão expostos; desenvolver material educativo e interativo para os momentos de troca de informações com os trabalhadores; promover eventos educativos em ambientes propícios para discussão abrangente da temática.

O local do projeto se dá na Subsecretaria de Serviços Urbanos do Município de Mossoró-RN. A população alvo é constituída pelos profissionais do sexo masculino que fazem parte da subsecretaria de serviços urbanos de Mossoró, sendo: 86 agentes de trânsito, 120 guardas municipais, 80 zeladores de túmulos, 60 garis efetivos e 200 trabalhadores terceirizados, que atuam como garis. Apesar de Também fazerem parte da subsecretaria de serviços urbanos de Mossoró, não estamos trabalhando com os Guardas Municipais e Zeladores de Túmulos pela dificuldade de acesso aos trabalhadores.

A Educação em Saúde é utilizada como estratégia para desenvolvimento das atividades com o grupo, sendo discutido temas referentes à sua realidade e necessidades, afim de promover saúde à esta população.

Resultados e Discussão

O projeto está vinculado ao curso de enfermagem da Universidade Potiguar - UNP, sendo desenvolvido as atividades do grupo nas sextas-feiras, contando com um grupo de 11 alunos do 9º período do curso, sendo dois alunos bolsistas do projeto, e 2 professores coordenadores/colaboradores, além da articulação com a subsecretaria de Serviços Urbanos do Município de Mossoró-RN.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde ²⁸³

O projeto de extensão conta com a articulação do projeto de pesquisa “Cabra Macho sim senhor: construção do conhecimento do câncer na população masculina”, realizando ações que difundem o conhecimento sobre cânceres que mais acometem os homens. Além disso, as palestras desenvolvidas suscitam questões de pesquisa para os Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) dos alunos envolvidos. Há ainda a articulação com a Disciplina Gênero e Saúde, ministrada no 6º período do curso, discutindo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) e discutindo questões de gênero, afim de contribuir para a desconstrução da sociedade patriarcal. Dessa forma, o projeto reforça o papel social da Universidade em articular o tripé da formação: ensino, pesquisa e extensão.

A população alvo atingida pelas ações de promoção à saúde promovidas pelo grupo é constituída pelos profissionais do sexo masculino que fazem parte da subsecretaria de serviços urbanos de Mossoró. Assim, foi realizado um total de 24 atividades, beneficiando um publico de 346 sujeitos por atividade desenvolvida.

O projeto de extensão insere a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH) criada em 2009, que veio para facilitar a inserção deste público nos serviços de saúde que até então é espaço predominantemente feminino, tentando buscar recursos de saúde para si ou para os membros da família. O projeto tem como objetivo: Promover informações e discussões quanto aos cuidados de saúde para os trabalhadores da subsecretária de serviços urbanos de Mossoró-RN do sexo masculino.

Foram realizadas atividades semanais, nas sextas-feiras, em dois horários, para atingir os trabalhadores propostos. No horário matutino para os homens que trabalham como Garis e no período Vespertino para os homens que trabalham como Agentes de Trânsito. As atividades constituíram de palestras, sobre temas referentes à saúde do homem, apontadas pelas diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), bem como temas sugeridos pelos próprios participantes. As palestras acontecem no próprio local de trabalho, com vistas a facilitar a participação e envolvimento dos sujeitos.

A atividades foram desenvolvidas por meio da Educação em Saúde, contemplando ações de informação, educação e comunicação em saúde na tentativa de aderir à política, promovendo mudanças de paradigmas no que se refere ao cuidado com a saúde do homem e de sua família, fazendo com que eles venham conhecer a política e procurar os serviços de saúde. Diante disso, pretendeu-se influenciar na qualidade de vida, mudança de hábito de forma positiva, abordando assim algumas questões que são primordiais para a saúde do homem como, DST/AIDS, hipertensão, colesterol fumo, álcool, diabetes, hipertensão, câncer, violência entre outras.

O material utilizado variou de acordo com a disponibilidade do serviço. Foram usados multimídia através de slides, cartazes com figuras para facilitar a compreensão, vistos que alguns são analfabetos, além de peças anatômicas de órgãos para demonstração, distribuição de preservativos e panfletos.

Os encontros foram uma troca de conhecimentos, vistas as crenças e aprendizados que cada um tem no seu dia-a-dia, e assim construindo e reconstruindo conceitos, muitos dos garis tinham vergonha em perguntar e precisavam de um estímulo para tal. Ao contrário dos agentes de trânsito que questionavam sempre, expunham história próprias e de conhecidos, podemos dizer que cada novo encontro saiam com inúmeras histórias e que eles levavam uma bagagem de aprendizados compartilhados, e tornava-se prazeroso ensinar e aprender.

Como resultados e pontos positivos têm-se a participação e frequência da população masculina nos eventos, que se fizeram presente e ativos durante todas as atividades e palestras executadas, bem como interesse, e boa receptividade dos mesmos para com o grupo de alunos. Além disso, o projeto contribui e fortaleceu a participação e envolvimento da população masculina em questão e a academia, estreitando laços importantes para o desenvolvimento das ações. Vale destacar, portanto, a participação dos representantes do município, importante elo entre o serviço e academia.

Uma experiência importante foi a participação dos alunos do projeto no Encontro de Abordagens de Saúde do Homem da II UNIDADE REGIONAL DE SAUDE PUBLICA (URSAP) Mossoró em comemoração ao Dia Nacional de Saúde do Homem, onde pôde-se divulgar o projeto e ações desenvolvidas para os profissionais de saúde do município de Mossoró. Assim, o projeto serviu como uma experiência exitosa para que outros municípios iniciassem suas ações e projetos referentes à saúde do homem, tendo um impacto importante pela possibilidade de propagação em todo o Estado do Rio Grande do Norte.

O projeto de extensão também vem possibilitando (re)pensar novas metodologias de trabalho para atrair cada vez mais a participação do público-alvo, favorecendo aos mesmos, através das atividades do grupo de extensão, impactos significativos em sua vida, no modo como entendem saúde, como se cuidam e realizam esse autocuidado.

Sobre os alunos é importante ressaltar a participação e envolvimento dos mesmos no projeto, na construção do material utilizado nas palestras, bem como no conhecimento teórico adquirido na academia para ser trabalhado junto à comunidade.

Conclusão

Fica evidente a importância do projeto de extensão para a articulação ensino-pesquisa e serviços de saúde, bem como para a construção de habilidades e competências dos alunos envolvidos. Além disso, o projeto contribui para a problemática da saúde do homem, apontando a necessidade de estudar as questões de saúde masculina a partir da perspectiva da Atenção Básica, além do olhar dos profissionais da saúde diante da política de saúde do homem e das especificidades masculinas.

Temos como dificuldades fazer com que esse homem frequente os serviços primários de saúde e diagnostiquem precocemente doenças que acometem a população. Somado à isso, ainda está presente no imaginário masculino que esse cuidado preventivo é típico do público feminino, afastando-o do autocuidado e prevenção à saúde. Assim, os homens não compreendem a importância do cuidado para uma vida saudável. Necessitamos ainda, de uma maior articulação com os profissionais de saúde, para que estes também busquem estratégias para trabalhar e envolver a PNAISH nas suas práticas cotidianas.

Acreditamos que o enfermeiro, por ser o profissional voltado para o cuidado humano em suas múltiplas dimensões, pois tem a capacidade e o discernimento de junto ao seu público alvo, promover reflexões, educação em saúde e modificar o paradigma assistencial.

O projeto dará continuidade, promovendo e contribuindo na melhoria para a saúde do homem, fazendo com o que os serviços sempre disponibilizem atendimentos, diagnósticos precoces e tratamentos adequados. Para isso, é preciso promover e educar essa população com o intuito de incentivar hábitos saudáveis como principal prevenção para o desenvolvimento de problemas a saúde.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Nº 648/GM. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**, Brasília (DF); 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamentode Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes)**. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Plano de Ação Nacional (2009-2011)**. Brasília(DF); 2009.

COUTO, M.T. et al. Men in primary healthcare: discussing (in)visibility based on gender perspectives. **Interface - Comunic.,Saude, Educ.**, v.14, n.33, p.257-70, abr./jun. 2010.

SILVA, S. O. **Cuidado na perspectiva de homens**: um olhar da enfermagem. [Dissertação]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2010.

SILVA, P. A. S; FURTADO, M. S; GUILHON, A. B; SOUZA, N. V. D. O; DAVID, H. M. S. L. Saúde do homem na visão do enfermeiro. **Esc Anna Nery** (impr.) Jul-Set; 16 (3):561- 568; 2012.

SCHRAIBER, L. B; FIGUEIREDO, W. S; GOMES, R; COUTO, M. T; PINHEIRO, T. F; MACHIN, R; et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **CadSaude Publica**. 2010

Agradecimento

Agradecemos à Universidade Potiguar-UnP; Subsecretaria de Serviços Urbanos do Município de Mossoró-RN na pessoa de Helenilda Soares Albuquerque Moreira, e aos alunos envolvidos no desenvolvimento do projeto.

PROJETO DE EXTENSÃO FERIDAS TÊM ALMA.

Lisiane Vital de Oliveira – Universidade Federal de Alagoas- liliu_vital@hotmail.com

Jane Carla Maurício - Universidade Federal de Alagoas

Gustavo Phillipe Rocha de Lima - Universidade Federal de Alagoas

Joelma Alves da Silva Araújo – Secretaria de Saúde de Arapiraca, AL

Josineide Soares da Silva - Universidade Federal de Alagoas

Palavras-chave: Lesões cutâneas. Pé Diabético. Enfermagem. Prevenção.

Resumo

O tratamento de feridas vem sendo tema destacado em diversos setores profissionais da área de saúde no mundo todo. Diante disso, torna-se importante que o Enfermeiro e o aluno de enfermagem realizem a Sistematização da Assistência de Enfermagem a pacientes portadores de feridas crônicas, contribuindo assim para uma assistência qualificada, especializada, facilitando dessa maneira, a recuperação do paciente. O projeto feridas têm alma tem por objetivo ofertar aos acadêmicos de enfermagem um projeto para que possam realizar educação em saúde: ações de prevenção e promoção à saúde com enfoque nas lesões crônicas, possibilitando a interação ensino/aprendizagem/prática. O trabalho está sendo desenvolvido através do projeto de extensão PIBIP-Ação em Arapiraca-AL, o atendimento é realizado no Ambulatório de Feridas e Pé Diabético. Foram realizadas diversas atividades durante o projeto, que partiram desde a troca de curativo a salas de espera, registro de enfermagem, acompanhamento da evolução da ferida através de registro fotográfico e da medição da ferida; visitas domiciliares. O papel do aluno não se restringe apenas à execução dos curativos prescritos e o profissional da enfermagem preenche uma lacuna importante no tratamento das feridas; sua figura é preponderante. Sendo assim, é importante salientar as ações de prevenção e promoção à saúde com enfoque nas lesões crônicas e na redução das dores físicas ocasionadas pelo processo de perda tecidual e redução das complicações relacionadas às feridas crônicas e Pé Diabético

Introdução

Cuidar de feridas é um processo dinâmico, complexo que requer uma atenção especial principalmente quando se refere a uma lesão crônica. Deve-se levar em consideração que as feridas crônicas evoluem rapidamente, são refratárias a diversos tipos de tratamento e decorre de condições predisponentes que o impossibilitam a normal cicatrização. O tratamento de feridas vem sendo tema destacado em diversos setores profissionais da área de saúde no mundo todo. É uma prática milenar que, nos primórdios da civilização estava

intimamente ligada a costumes e hábitos populares e, com o desenrolar da história e do desenvolvimento tecnológico conquistou seu merecido cunho científico (Telma GEOVANINI; JUNIOR, 2010; BELCZAK, 2007).

O que vivenciamos nos dias de hoje, de forma crescente, são profissionais, instituições e indústrias se empenhando e buscando a excelência para proporcionar ao portador de feridas crônicas, um tratamento eficaz em curto prazo que possam trazer maior conforto e breve retorno à normalidade de sua vida. Dentro deste contexto torna-se importante que o Enfermeiro e o aluno de enfermagem realizem a Sistematização da Assistência de Enfermagem a pacientes portadores de feridas crônicas, contribuindo assim para uma assistência qualificada, especializada, facilitando dessa maneira, a recuperação do paciente (SILVA et al, 2011; SALOMÉ; ESPOSITO, 2008).

Com o aumento do número de pacientes portadores de Feridas Crônicas e Pé diabético entre os usuários diabéticos e hipertensos, bem como em portadores de vasculopatias é de suma importância a realização do projeto voltado a assistência de enfermagem ao portador de feridas, pois visa a melhoraria da qualidade de vida através de prevenção e promoção a futuras lesões crônicas e pé diabético. Além de atender aos pacientes encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde, reduzir as complicações das lesões crônicas e melhorar a autoestima dos usuários. Dessa forma a realização do “Projeto de Extensão Feridas têm alma” proporcionou aos acadêmicos do Curso de Enfermagem Campus Arapiraca a fixação do aprendizado quanto às feridas e melhoria do atendimento aos pacientes portadores de feridas crônicas. O projeto teve por objetivo ofertar aos acadêmicos de enfermagem um projeto para que possam realizar educação em saúde: ações de prevenção e promoção à saúde com enfoque nas lesões crônicas, possibilitando a interação ensino/aprendizagem/prática.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo com o resultado final das ações desenvolvidas através do projeto de extensão PIBIP-Ação no Ambulatório de Feridas e Pé Diabético em Arapiraca-AL, desde fevereiro de 2014 a agosto de 2014, coordenado pela professora Enfermeira da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), supervisionado por uma enfermeira do Município e desenvolvido por três acadêmicos do 8º período de enfermagem da Universidade referida. As atividades são executadas nos dias de segundas e quartas-feiras durante o período da tarde com duração de 4 horas, atendendo uma quantidade variável de pacientes.

Resultados e Discussão

As ações contempladas pelo projeto são: salas de espera, abordando prevenção e promoção à saúde com enfoque nas lesões crônicas; dinâmica de grupo com os pacientes trabalhando a autoestima e o convívio social; realização de troca de curativo supervisionado; registro de enfermagem; acompanhamento da evolução da ferida através de registro fotográfico e da medição da ferida; visitas domiciliares para dar continuidade ao tratamento ofertado no Ambulatório de Feridas e Pé Diabético e para integração com o ambiente que o paciente vive. Além disso, houve participação na elaboração de trabalhos científicos e nos estudos de casos, junto com a enfermeira do ambulatório, capacitações a respeito do tema feridas com os profissionais do Município e com os técnicos de enfermagem e enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde.

Cuidar da ferida de alguém vai muito além dos cuidados gerais ou da realização de um curativo e prestar um cuidado de qualidade aos pacientes com patologias é um desafio a ser enfrentado por toda a equipe, em especial pelo enfermeiro, por ser o protagonista nesse cuidado, porém não impossível, cabendo a toda equipe buscar sempre a excelência no atendimento. Dessa forma, o projeto “Feridas têm alma” desempenha um papel muito importante para a valorização dessa assistência perante toda a sociedade, tendo em vista que o ambulatório realiza um serviço de saúde focado nessa especialidade, consequentemente o cuidado e o tratamento de feridas tendem a compreender o ser humano em seu contexto biopsicossocial.

Através do projeto foi possível compreender mais sobre as patologias e em especial as que se destacam no ambulatório que são: ferida por trauma, queimadura, úlcera venosa, pé diabético, úlcera por pressão, e perceber o quão importante é o ambulatório para a redução das complicações relacionadas às feridas crônicas e pé diabético, melhora da qualidade de vida do paciente, melhora da autoestima, atendimento de qualidade e humanizado e o tratamento completo dos portadores de feridas crônicas e pé diabético. Para a formação dos discentes o envolvimento nas ações ao portador de ferida crônica e pé diabético, interação com a equipe multidisciplinar do local, estimulação a pesquisa, desenvolvimento de habilidades da semiótica e o aprofundamento do conhecimento sobre feridas e tratamentos, são imprescindíveis e contribuem muito para a formação.

Portanto, é notório que a prática de Enfermagem na área de feridas vem se reorientando, e exige que o enfermeiro se instrumentalize com novos saberes e técnicas, para que o seu cuidado esteja em consonância com as necessidades da sociedade e das novas práticas sanitárias. A busca por novas estratégias, por todos que fazem a assistência no Ambulatório de Feridas e Pé Diabético de Arapiraca, na otimização da recuperação do paciente e compreensão dos fatores que afligem a essência do ser humano em um contexto psicossocial e humano, evidenciam o êxito na assistência.

Conclusão

O papel do aluno não se restringe apenas à execução dos curativos prescritos e o profissional da enfermagem preenche uma lacuna importante no tratamento das feridas; sua figura é preponderante. Por essa razão, a participação de acadêmicos de enfermagem nas ações desenvolvidas para a prevenção, promoção e tratamento de feridas tem relevância pela troca de experiências vivenciadas pelo aluno, Enfermeiros e equipe multiprofissional do serviço, favorecendo dessa forma o desenvolvimento de habilidades teóricas científicas, assim como também estimular o aluno a refletir sobre os cuidados dispensados aos pacientes portadores de lesões crônicas o que leva a busca por novos aprendizados favorecendo a produção de conhecimento e de pesquisas.

É necessário reconhecer a importância do tratamento de feridas para a promoção de políticas de saúde adequadas, todo tratamento deve ser individualizado e deve se considerar além da evolução da lesão e dos fatores socioeconômicos e operacionais envolvidos, o ser humano em toda a sua dimensão biopsicossocial e espiritual e também o ambiente do cuidado. Experiências como esta possibilitam uma troca de conhecimentos e transformação consciente e efetiva do cuidado integrado, favorecendo o melhor aprofundamento do tema. É importante salientar as ações de prevenção e promoção à saúde com enfoque nas lesões crônicas e na redução das dores físicas ocasionadas pelo processo de perda tecidual e redução das complicações relacionadas às feridas crônicas e Pé Diabético. Além de contribuir para que o paciente aprenda a cuidar de sua ferida, assumindo na medida do possível o seu cuidar.

Referências

Telma GEOVANINI, T.; JUNIOR, A.G.O. Manual de Curativos 4º tiragem – Setembro/2010, Editora Corpus. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/abordagem-do-profissional-enfermeiro-no-tratamento-de-curativos-cirurgicos/39725/#ixzz2MDFUNK1k>>.

BELCZAK, C. E. Q. et al. Relação entre a mobilidade da articulação talocrural e a úlcera venosa. **J. vasc. bras.**[online]. 2007, vol.6, n.2, pp. 149-155. ISSN 1677-5449.

SILVA, R.C.L.; FIGUEIREDO, N.M.A.; MEIRELES, I.M.; COSTA, M.M.; SILVA, C.R.L. Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem. **Rev. Ampl.** São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2011.

SALOMÉ, G.M.; ESPÓSITO, V.H.C. Vivências de acadêmicos de enfermagem durante o cuidado prestado às pessoas com feridas. **Rev Bras Enferm.** Brasília; 2008.

Agradecimentos

Primeiramente agradecemos a Deus, porque nada é possível sem a sua benção. Nada seria possível, Senhor, sem sua força, luz e conforto.

Agradecemos ao quadro de professores de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas/Campus Arapiraca, que despertaram o interesse constante pelo saber e que proporcionaram momentos inesquecíveis com os pacientes.

Agradecemos a nossa orientadora e coordenadora do Projeto Feridas têm alma, Josineide Soares da Silva, por ser a idealizadora desse projeto e por nos permitir fazer parte dele.

Agradecemos a Enfermeira e diretora do Ambulatório de Feridas e Pé Diabético de Arapiraca, Joelma Alves da Silva Araújo, pelo acolhimento, pela paciência e por todo o incentivo de tudo que se referi a busca pelo conhecimento.

PROJETO INTEGRANTES DA UNIDADE DE PALHAÇOTERAPIA INTENSIVA- IUPI: UM PROJETO LÚDICO PARA CRIANÇAS HOSPITALIZADAS

Autora Mayara Pryscilla Santos Silva – Universidade Federal de Alagoas-UFAL, Email: Mayara.enfermagem.ufal@gmail.com
Autora Chrisllaine Rodrigues Maciel – Universidade Federal de Alagoas-UFAL
Autor Felipe Carvalho Farias – Universidade Federal de Alagoas-UFAL
Autora Jamila Karen Alves da Silva – Universidade Federal de Alagoas-UFAL
Autora Juliana Targino dos Santos – Universidade Federal de Alagoas-UFAL
Autor Rodrigo Freitas Monte Bispo – Universidade Federal de Alagoas-UFAL

Palavras-chave: Ludoterapia. Criança hospitalizada. Enfermagem pediátrica.

Resumo

O emprego da ludoterapia no ambiente hospitalar contribui para o funcionamento psíquico, cognitivo e comportamental, permitindo a criança autonomia, bem como enfrentamento de suas dificuldades, sobretudo durante o processo de internação. Nesse sentido, é que o Projeto Integrantes da Unidade Palhaçoterapia Intensiva, busca promover a humanização no ambiente hospitalar, utilizando a figura lúdica, a partir de visitas semanais aos pacientes de um complexo hospitalar, por voluntários caracterizados de palhaços doutores capacitados na arte do riso. Contribuindo para a criação de uma atmosfera saudável para os pacientes, acompanhantes e profissionais, favorecendo o que o ser humano necessita: dignidade, amor e alegria. Diante disso, o Projeto de Extensão Integrantes da Unidade de Palhaçoterapia Intensiva, da Universidade Federal de Alagoas – campus Arapiraca, vem apresentar este relato de experiência nas atividades de ludoterapia.

Introdução

A hospitalização prolongada pode comprometer o desenvolvimento normal da criança, devido à quebra de sua rotina anterior e ao processo de adaptação à nova realidade (rotina hospitalar: exames, procedimentos dolorosos, horários, visitas, etc.), podendo acarretar nas crianças hospitalizadas alterações físicas e mentais (PEDROSA et al., 2007). Configurando-se dessa forma, como uma experiência potencialmente traumática, pois a afasta a criança do ambiente familiar, promovendo um confronto com a dor, limitação física e passividade, sentimentos de culpa, punição e medo da morte (SOUZA et al., 2012).

Indubitavelmente as relações que ocorrem dentro do ambiente hospitalar irão influenciar diretamente o tratamento da criança. Dessa forma, os profissionais deverão possuir uma boa compreensão do ser humano (criança), das suas necessidades, das suas capacidades e de seus desejos, tornando-se evidente o fato de que, quando a relação do profissional – paciente ocorre de maneira eficiente, a assistência prestada será a mais benéfica possível (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2008).

A ludoterapia é uma técnica psiquiátrica, utilizada para tratamento de crianças com algum distúrbio psicológico, sua meta é facilitar a compreensão dos comportamentos e sentimentos pela própria criança. Deve ser conduzida por um psiquiatra, psicólogo ou enfermeiro especializado em um local preparado para esse fim (CINTRAL, 2006).

O emprego da ludoterapia por profissionais de saúde é benéfico tanto por esses profissionais quando para as crianças, segundo pesquisa o relacionamento entre o profissional e a criança torna-se mais estreito e afetivo. Além disso, os trabalhos apontam o brincar como um recurso facilitador do processo de comunicação entre as crianças, profissional e acompanhante. Quando há interação e formação de vínculo entre profissionais, crianças e famílias há menor oposição ao tratamento terapêutico e a há maior cooperação da criança frente à assistência do profissional. Por isso é importante a utilização da ludoterapia por profissionais frente as crianças, assim haverá formação de laços e um melhor ambiente terapêutico para crianças, familiares e profissionais (MAIA et al., 2011).

Estudos já comprovaram a importância do brincar para o desenvolvimento sensório-motor e intelectual da criança, assim como sua importância no processo de socialização, no desenvolvimento e aperfeiçoamento da criatividade e autoconsciência. Tem também um importante papel na formulação dos valores morais e ser um grande instrumento para a diminuição do estresse, uma vez que ao brincar, a criança explora a sua criatividade, seus próprios limites, diminui a ansiedade, tornando-a mais alegre e com uma enorme sensação de prazer. (FRANÇANI et al., 1998).

Brincar é importante à criança, e a equipe profissional deve reconhecer essa necessidade, propiciar meios para sua realização e incorporá-la de forma sistemática na assistência diária (CINTRAL, 2006). Então, de acordo com Haiat (2003) os enfermeiros podem utilizar o brincar como estratégia de cuidado à criança hospitalizada, especialmente, em três áreas: durante a rotina diária; no preparo das crianças para a cirurgia e procedimentos invasivos e durante a realização de procedimentos dolorosos e desagradáveis.

A necessidade de brincar não deve ser eliminada quando as crianças adoecem ou são hospitalizadas, uma vez que este ato desempenha papéis importantes para a criança, como capacitá-la a sentir-se mais segura em um ambiente estranho e com pessoas que ela não está habituada. Ao dar espaço a criatividade e trabalhar com modalidades expressivas e inventivas de sua vida diária, como, por exemplo, desenho, pintura, modelagem, jogos, a criança experimenta um processo de organização do real e de sua criação, sendo, ao mesmo tempo, algo estruturante e expressivo, o que implica na transformação de significados (AZEVEDO et al., 2007).

Diante dos desafios e problemas inerentes à hospitalização infantil, percebemos que o Hospital precisa de alguma forma se tornar mais acolhedor para que o tratamento das crianças seja menos traumatizante. Os procedimentos dolorosos precisam ser intercalados com “doses de alegria” e “infusões de esperança”, tendo a ludoterapia e o brincar como peças-chaves nesse processo.

Buscando atividades que proporcionassem isso, nós, acadêmicos da Universidade Federal de Alagoas – *Campus* Arapiraca organizamos e desenvolvemos o Projeto de Extensão Integrantes da Unidade de Palhaçoterapia Intensiva (Projeto IUPI). Nosso campo de atuação é o Complexo Hospitalar Manoel André (CHAMA), localizado no município de Arapiraca-AL. Utilizamos de atividades lúdicas as quais discutiremos no decorrer deste trabalho.

Metodologia

O presente estudo trata-se de um relato de experiência, de caráter descritivo das atividades do Projeto Integrantes da Unidade de Palhaçoterapia Intensiva - IUPI. Este é um Projeto de Extensão da Universidade Federal de Alagoas - UFAL - campus Arapiraca. Criado por acadêmicos de Enfermagem e Arquitetura, através da participação anterior de um Projeto de cunho semelhante, chamado Sorriso

de Plantão, e por docentes de enfermagem, em parceria com a Direção do Complexo Hospitalar Manoel André - Hospital CHAMA do Município de Arapiraca – AL.

Através de um processo seletivo, constituído através de prova escrita e de entrevista, foram selecionados vinte (20) acadêmicos. Não havia restrição quanto ao curso dos mesmos, uma vez que se objetivava uma equipe multidisciplinar e o que realmente importava era dar oportunidade a todos os discentes que tinham vontade de transmitir felicidade àqueles que estão no Hospital, sejam às crianças, aos adultos, aos acompanhantes, ou até mesmo aos profissionais. Após formação da equipe, que envolve alunos de Enfermagem, Administração Pública, Arquitetura, Letras, Serviço Social e Psicologia, houve uma capacitação para qualificação dos alunos e posteriormente, deu-se início o Projeto IUPI que se encontra em atividade desde Setembro de 2013.

A metodologia do projeto consiste em visitas semanais aos pacientes por voluntários, as quais as atividades ocorrem durante as tardes de sábado. Dividimo-nos em dois grupos com atividades quinzenais por grupo, de modo a ter plantão todos os sábados. Cada aluno participante, monitor, se caracteriza de palhaço doutor, a qual tem um nome e personalidade singular e são capacitados na arte do riso, levando atividades cômicas e lúdicas, dentre as quais se podem destacar: brincadeiras, cantigas de roda, jogos, músicas, histórias, entre outros; visando à melhoria da qualidade de vida durante a hospitalização. Além da realização de festas em datas comemorativas como Páscoa, São João, Dia das Crianças e Natal, onde ornamentamos a ala pediátrica do hospital e levamos doces e salgados, como também presentes para as crianças.

De maneira mais precisa, os plantões são divididos em alguns momentos: o primeiro é chegada e entrosamento dos integrantes que deverão estar todos os presentes às 12h30min. Segue a consulta prévia e registro dos dados dos prontuários das crianças internas no presente dia pelo líder do grupo acompanhado de outro integrante, além do questionamento a algum membro da equipe de enfermagem sobre qualquer restrição ou cuidado específico com alguma criança. Logo após, os palhaços doutores assinam a frequência, finalizam a caracterização e higienização necessária. Antes de dar início ao plantão o líder determinará qual Monitor, naquele dia, será responsável pela Resenha do Plantão, que consiste em um relato de como se deu as atividades naquele dia na percepção do palhaço doutor. A visita às crianças durante os plantões tem duração de 3 (três) horas. Todos os sábados das 13h30min às 16h30min, podendo se estender no caso de atraso do seu início, tendo assim que alcançar às 3 horas obrigatórias. Os palhaços doutores entram na pediatria em trem e cantando uma música, sendo que ao final do plantão, todos os Monitores, ainda caracterizados, retornam em formato “trenzinho” ao ambiente de caracterização, onde só aí será possível a troca de roupas. Já descaracterizado o Monitor escolhido deverá registrar a Resenha daquele plantão.

Diante do que já foi exposto, este trabalho vem, então, relatar nossa experiência ocorrida no período de setembro de 2013 a agosto de 2014.

Resultados e Discussão

A técnica da ludoterapia se iniciou no Complexo Hospitalar Manoel André, Hospital CHAMA, localizado no Município de Arapiraca, Alagoas; em 2012 com práticas advindas como extensão do Projeto Sorriso de Plantão da Cidade de Maceió, Alagoas; no entanto demos continuidade a esse trabalho, elaborando o Projeto Integrantes da Unidade de Palhaçoterapia Intensiva, Projeto IUPI, que está completando quase um ano de práticas promotoras de alegria a todas as crianças hospitalizadas na ala pediátrica. Cabe salientar, que também visitamos as crianças que estão internas na Unidade de Terapia Intensiva- UTI, visitamos também quatro crianças que fazem hemodiálise rotineiramente e bem como passamos na Retaguarda que é um setor do Hospital que ficam internos os adultos. Com a nossa atuação nesse Hospital, percebemos o quão importante são essas ações e como tornam o mesmo um ambiente acolhedor e de minimização da dor. Observamos que com o nosso trabalho abriu-se espaço no Hospital para outros projetos que tinham finalidade semelhante, de proporcionar alegria, diminuir a ansiedade e diminuir o sofrimento das crianças internas, como é o caso do Projeto Psico Risos, desenvolvido por alunos do curso de Psicologia da Universidade Federal de Alagoas com pólo em Palmeira dos Índios, Alagoas. Com quase um ano de experiência, observamos que a melhora do ambiente hospitalar depende de todos envolvidos nesse meio. A alegria desperta nas brincadeiras com as crianças e nas conversas com os acompanhantes reflete no tratamento, na relação entre os profissionais.

Percebemos que com as atividades lúdicas trouxeram benefícios para as crianças: melhoraram o humor, diminuíram o estresse e a percepção da dor, melhorou a adesão ao tratamento, proporcionou melhor relacionamento entre pais, criança e profissionais, entre outros. A relação estabelecida entre a criança e o palhaço-doutor, que utiliza a ludoterapia, através da forma natural de comunicação das crianças permite a expressão plena de sentimentos, pensamentos, experiências e comportamentos num ambiente mais acolhedor, possibilitando um crescimento emocional adequado e uma melhor integração e adaptação social. É buscando, pois, uma aceitação maior do momento da doença pela criança e pelos familiares que a acompanham que desenvolvemos nossas atividades.

Muito mais que simples brincadeiras, são momentos que exigem muita responsabilidade. Sentimos o quanto precisamos estar bem com nós mesmos para poder ‘entrar no personagem’. É incrível como deixamos fora do hospital problemas pessoais e ficamos disponíveis para brincar, contar histórias, dançar, ou até mesmo ouvir o desabafo de uma mãe. Nossa maior recompensa são os olhinhos brilhando, os sorrisos tímidos, os abraços apertados e a sensação de paz e esperança que surgem nos rostos deles.

Uma vez que percebemos que cada criança hospitalizada deixou para trás o mundo das coisas comuns: os pais, a casa, os irmãos, a escola, os amigos, os bichos de estimação, os brinquedos. E que os acompanhantes, em sua maioria as mães, estão presentes, mas há angústia em seus semblantes. Notamos na prática a importância de nosso trabalho.

Além disso, os profissionais de forma geral interagem conosco e mostram satisfação em nos ver. Não restam dúvidas que o ambiente muda, que a ansiedade e o estresse, típicos de hospitais, são reduzidos. E, principalmente, notamos que a criança encontra um espaço mais confortável, apesar de estar longe de casa.

É para minimizar a angústia dessa fase de internação que damos ‘doses’ de alegria, injeções de ‘esperança’ e atenção a quem muitas vezes só quer ser ouvido. Sabemos que um dia sentiremos saudades disso tudo. E esperamos que, mesmo sem estar de palhaço doutor, seja possível deixar o futuro ambiente de trabalho o mais acolhedor e humano possível. Afinal, boas relações pessoais e sensibilização com a dor do outro são pequenas atitudes com grandes consequências positivas e benéficas a todos.

Conclusão

A proposta terapêutica a partir das atividades lúdicas desenvolvidas pelos Integrantes da Unidade de Palhaçoterapia Intensiva no ambiente de internação pediátrica propiciaram as crianças, resultados positivos, na medida em que tornou o ambiente hospitalar mais

agradável e permitiu que as crianças vivenciassem a situação desagradável que se encontravam de forma mais agradável e humanizada. Na vivência de atividades lúdicas desenvolvidas durante a trajetória acadêmica, pode-se perceber a importância do projeto tanto para os pacientes, familiares e acompanhantes como para os profissionais de saúde. As crianças apresentam evidências clínicas de melhora, além de ficar mais à vontade com o ambiente hospitalar e mais colaborativas com os profissionais de Saúde. Os familiares e acompanhantes ficam mais confiantes em relação à resposta ao tratamento. Os profissionais de Saúde passam a buscar novas formas de aproximação com as o público infantil e a reconhecê-los como crianças e não unicamente como paciente, além de promover um ambiente de trabalho calmo e inovador.

O projeto leva para Universidade e acadêmicos uma oportunidade de vivenciar práticas diferentes das vivenciadas na rotina acadêmica com uma visão humanizada, contribuindo para a amenização do sofrimento das crianças em período de internação, e reflete como uma forma de “fazer o bem sem olhar a quem”.

Referências

AZEVEDO, D.M. et al. O brincar como instrumento terapêutico na visão da equipe de saúde. **Cienc Cuid Saude**, v. 6, n. 3, p. 335-341, Jul. / Set, 2007.

CINTRAL, S.M.P. et al. O ensino do brinquedo/brinquedo terapêutico nos cursos de graduação em enfermagem no Estado de São Paulo. **Rev. bras. enferm.** v.59, n. 4, p. 497-501, Jul. / Aug., 2006.

FRANÇANI, G.M. et al. Prescrição do dia: Infusão de alegria. Utilizando a arte como instrumento na assistência à criança hospitalizada. **Rev.latino-am.enfermagem**, v. 6, n. 5 - p. 27-33 - dezembro 1998.

HAIAT, H; BAR-MOR, G; SHOCHAT, M. The world of the child: a world of play even in the hospital. **J Pediatr Nurs**. 2003.

MAIA, E.B.S. et al. Compreendendo a sensibilização do enfermeiro para o uso do brinquedo terapêutico na prática assistencial à criança. **Rev Esc Enferm USP**, v.45, n. 4, p. 839-46, 2011.

OLIVEIRA,R.R.; OLIVEIRA, C.S.O. Os Doutores da Alegria na Unidade de Internação Pediátrica: Experiências da Equipe de Enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 12, n. 2, p. 230 – 6, jun., 2008.

PEDROSA, A.M. et al. Diversão em movimento: movimento: um projeto lúdico para crianças hospitalizadas no Serviço de Oncologia Pediátrica do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.7, n. 1, p. 99-106, jan. / mar., 2007.

SOUZA, L.P.S. et al. O Brinquedo Terapêutico e o lúdico na visão da equipe de enfermagem. **J Health Sci Inst**, v. 30, n. 4, p.354-8, 2012.

Agradecimentos

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde ²⁸⁹

Queremos agradecer a Deus, por sempre nos conceder força e nos capacitar para realização desse trabalho, que é um ato de amor que tanto nos edifica.

À Coordenação desse Projeto, porque sem o empenho e dedicação destes, o Projeto IUPI não existiria.

Ao Diretor e todos os profissionais do Complexo Hospitalar Manoel André, Hospital CHAMA, que nos receberam de braços abertos e sempre nos apoiam.

À Universidade Federal de Alagoas que permitiu a construção e o funcionamento desse Projeto.

Ao professor Rodrigo Freitas Monte Bispo, que com sua generosidade aceitou nos orientar no Projeto e ajudar nos relatos para submissões de trabalhos em eventos acadêmicos.

Aos pais das crianças hospitalizadas por todos os gestos de carinho e incentivo.

Às crianças hospitalizadas, porque mesmo em meio a situação em que se encontram nos proporcionam momentos inesquecíveis e gratificantes.

Aos nossos amigos do Projeto, digo irmãos, pois construímos a família IUPI juntos, pelos momentos de atividades e alegrias compartilhados.

E por fim, aos nossos familiares e amigos pelo incentivo, compreensão e apoio nessa nossa jornada de proporcionar alegria que tanto amamos.

PROJETO SERRINHA DE ACOMPANHAMENTO FAMILIAR ATUANDO NA PROMOÇÃO DE SAÚDE NA PERIFERIA DE FORTALEZA.

Larissa Gladya Viana Santos – Universidade Federal do Ceará – larissagladya@gmail.com

Lirena de Paiva Narciso – Universidade Federal do Ceará

Taís Castelo de Oliveira – Universidade Federal do Ceará

Karla Oliveira da Silva – Universidade Federal do Ceará

Nilo Alberto Carvalho Guerra – Universidade Federal do Ceará

Luciano Pamplona de Góes Cavalcanti – Universidade Federal do Ceará

Palavras-chave: Extensão. Promoção da saúde. Prevenção de doenças. Estudantes de Medicina. Medicina de Família e Comunidade

Resumo

Tendo como base de trabalho o núcleo familiar, desde 1997, o Projeto Serrinha de Acompanhamento Familiar (PROSAF) atua na promoção da saúde e na prevenção de doenças da população carente de diferentes faixas etárias, residentes nas comunidades Neo e Garibaldi do bairro da Serrinha, Fortaleza, Ceará. São trabalhadas quatro diferentes faixas etárias (idosos, gestantes, adolescentes e crianças de até um ano) a partir de três ações que visam: orientação, acompanhamento e incentivo. A orientação ocorre, essencialmente, no tocante a doenças e agravos à saúde, assim como informações relevantes para melhoria da qualidade de vida de cada grupo atendido, visando prevenir possíveis situações de risco. O acompanhamento é realizado regularmente com crianças e idosos, por meio de visitas/encontros semanais, respectivamente avaliados por meio de parâmetros específicos para cada faixa etária. No caso das crianças, por exemplo, é realizada a medida de perímetro cefálico e, aferição de pressão arterial, nos idosos. Quanto ao incentivo, procura-se estimular a adoção de hábitos saudáveis, como a realização de atividades físicas, uma alimentação balanceada e a prática de atividades de lazer. Assim, são desenvolvidas atividades com diferentes propostas: “Caminhada contra Hipertensão e Diabetes”, “Encontro com as Gestantes”, “Atividade de Puericultura”, “Atividade sobre DST’s e Planejamento Familiar com Adolescentes”. Além de promover o bem-estar da população, o PROSAF proporciona aos seus integrantes (estudantes de medicina) uma importante experiência de crescimento pessoal e profissional, embasada no respeito e no acolhimento ao próximo, o que contribui para a formação de cidadãos com responsabilidade social.

Introdução

O Projeto Serrinha de Acompanhamento Familiar (PROSAF) foi criado em 1997 e tem como pilar principal a Extensão. A Extensão Universitária, reconhecida legalmente como atividade acadêmica na década de 80, foi conceituada no I Encontro Nacional de Pró-Reitores de Extensão como: “o processo educativo, cultural e científico que articula o Ensino e a Pesquisa de forma indissociável e viabiliza a relação transformadora entre Universidade e Sociedade” (Plano Nacional de Extensão Universitária, 2001). Desta forma, o PROSAF se

propõe a modificar a realidade social de uma comunidade carente de Fortaleza, promovendo a saúde e prevenir doenças através de atividades educativas e de caráter contínuo. Suas atividades ocorrem todos os sábados nas comunidades Neo e Garibaldi, no bairro Serrinha, em Fortaleza. Essas atividades são realizadas por estudantes de medicina da Universidade Federal do Ceará e abrangem idosos, crianças até 1 ano, adolescentes e gestantes, visando a promoção da saúde nessa localidade e possibilitando a integração social e o compartilhamento de experiências e conhecimento. Além disso, capacitações internas, para os estudantes, são feitas regularmente, dando suporte científico para que possam exercer seu papel efetivamente durante as atividades. O projeto também participa de inúmeros congressos e, mais recentemente, obteve o 1º lugar como projeto de extensão que atua com a população idosa durante o "Encontro das Ligas do VII Congresso Norte-Nordeste de Geriatria e Gerontologia" no ano de 2013.

Metodologia

Entre as atividades realizadas, destacamos:

Encontro com as Gestantes: é realizado um encontro semestral com gestantes da comunidade da Serrinha, na escola Giuliana Galli. Essa atividade tem por objetivo orientar as gestantes e tirar suas dúvidas a respeito da gestação. Nesse momento, também é feito o cadastro das crianças para o acompanhamento na Puericultura.

Puericultura: São realizadas 4 visitas domiciliares durante o primeiro ano de vida da criança por dois membros do PROSAF nas comunidades da Serrinha, em Fortaleza. As crianças são cadastradas a partir do encontro das gestantes e, de acordo com sua faixa etária, as visitas são realizadas. Essas visitas acontecem todos os sábados e visam avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor da criança. Cada bebê é pesado, medido na altura e no perímetro encefálico, bem como acompanhado no que diz respeito ao calendário vacinal, amamentação, hábitos de higiene e alimentação. Todas essas informações são utilizadas para o preenchimento de uma ficha de acompanhamento do bebê. Além disso, há o esclarecimento de dúvidas das mães sobre os diferentes tópicos e o fornecimento de informações úteis aos pais. Nesse momento, também são avaliados os riscos à saúde relacionados ao ambiente que cada criança está submetida. Quaisquer alterações necessárias e importantes, que não puderem ser atendidas pelos estudantes do PROSAF, as informações são repassadas às equipes de saúde do município para as providências necessárias.

Caminhada Contra Hipertensão e Diabetes: realizada todos os sábados no Campus do Itaperi. O público alvo é de idosos hipertensos e/ou diabéticos. É acompanhado um grupo de, aproximadamente, 35 idosos. São medidas as pressões de cada um deles, realizada uma atividade de alongamento e uma caminhada com cerca de 40 minutos. Ao final de cada atividade, um lanche rico em frutas é oferecido para os participantes.

Caminhada Fora: Trata-se de uma extensão da "Caminhada contra Hipertensão e Diabetes". Realizamos uma atividade semestral envolvendo caminhada, atividade recreativa e entrega de brindes àqueles idosos mais assíduos durante o semestre. Primeiro aferimos a pressão arterial dos participantes e depois o grupo é levado a caminhar em um local diferente do habitual, como em praias, parques ou centros culturais. Um dos objetivos dessa atividade é uma confraternização com os idosos acompanhados, já que é a última atividade realizada durante o semestre letivo.

Encontro com Adolescentes – Prevenindo as DST: São promovidos dois encontros semestrais com adolescentes da oitava série estudantes de Escolas Públicas de Fortaleza. Antes das aulas é aplicado um pré-teste com o conteúdo que será apresentado, para avaliar os conhecimentos prévios dos estudantes. As aulas são ministradas pelos integrantes do PROSAF e abordam as principais doenças sexualmente transmissíveis, os métodos anticoncepcionais, além de breve explicação sobre a anatomia e a fisiologia dos sistemas reprodutores masculino e feminino. Esse encontro é autorizado pelas Escolas envolvidas, com antecedência, e o material utilizado é adequado à faixa etária trabalhada.

Encontro com Adolescentes – Planejamento familiar: Uma intrincada rede de fatores confere à gravidez na adolescência um grau elevado de risco para a mãe e para a criança, especialmente as de classes populares. As consequências de uma gravidez na adolescência se fazem sentir tanto na morbidade/mortalidade de mãe e bebê quanto nos impactos econômico, educacional-escolar e social. Diante dessa circunstância, o PROSAF resolveu criar essa nova atividade em 2007. São promovidos 2 encontros semestrais com adolescentes que cursam a nona série em 2 escolas de Fortaleza, com a apresentação dos principais métodos anticoncepcionais e a realização de um debate sobre Gravidez na Adolescência e sobre as vantagens e desvantagens de cada método. Após essas aulas, o pós-teste é aplicado, visando verificar se houve o aprendizado. Tudo isso é realizado com dinâmicas e debates, buscando envolver e despertar o interesse dos alunos e também conta com a autorização da escola.

Resultados e Discussão

Caminhada Contra Hipertensão e Diabetes: dentre os 34 idosos acompanhados pelo Projeto, 33 (97%) são do sexo feminino. A média de idade é de 66,7 anos e o tempo médio de participação no grupo de 60,4 meses, ou seja, de aproximadamente 5 anos. Com esse tempo e segundo avaliação realizada recentemente já é possível perceber mudanças importantes na vida desses idosos. Quando indagados sobre sua vida e os possíveis impactos das atividades do PROSAF percebemos que 5,9% admitiram esquecer menos de tomar seus remédios; 32,4% afirmam ter adotado uma alimentação mais saudável; 61,8% afirmaram ter reduzido o estresse; 73,5% conseguiram aumentar a disposição. Entretanto, 17,6% declararam não ter ocorrido mudanças significativas em suas vidas.

Sendo assim, a avaliação mostra ser viável a influência positiva da atividade física na qualidade de vida dos idosos acompanhados, como redução do estresse e melhora na disposição. Além disso, foi percebido uma melhora nos hábitos de alimentação relatado pelos participantes. Isso sugere que o incentivo à prática regular de exercícios físicos com as recomendações adequadas realmente resultou em melhora na qualidade de vida de aproximadamente 75% dos participantes, sugerindo um impacto positivo dessas práticas.

Encontro com adolescentes: em cada encontro, participam cerca de 80 jovens com faixa etária entre 13 e 17 anos e média de idade de 15,1 anos para as turmas de 9º ano e de 13,7 anos para as turmas 8º ano. Segundo análise dos pré e pós-testes houve apreensão de conhecimentos acerca das doenças sexualmente transmissíveis, no que concerne a sintomatologia, modos de infecção e prevenção, em 32%. Demonstrando assim o impacto dessa atividade entre os jovens, que também serão atuantes na propagação desse conhecimento.

Encontro das Gestantes: avaliando o período de 2012 até março de 2014 acompanhamos um total de 46 gestantes em nossas atividades. Assim, conseguimos esclarecer dúvidas a respeito dessa fase tão especial na vida de uma mulher e ensinar acerca de cuidados especiais e sinais importantes durante a gravidez e isso se mostra muito importante, pois percebe-se que elas se sentem bastante confortáveis quando fazem as perguntas e também porque aprendem bastante sobre a gravidez. Todas as gestantes cadastradas no PROSAF, automaticamente terão seus bebês acompanhados durante a puericultura.

Puericultura: do ano de 2012 até o momento presente (março de 2014) foram realizadas 126 visitas de puericultura, perfazendo um total de 34 crianças acompanhadas pelo projeto nesse período. Tudo isso mostra-se muito positivo tanto para as comunidades do bairro Serrinha, que se beneficiam diretamente dessa atividade, quanto para outras comunidades de Fortaleza, pois possibilita que os pais

adquiram o conhecimento transmitido pelos membros do projeto e compartilhem-nos com amigos e familiares que morem em outros bairros da capital.

Conclusão

O Projeto Serrinha de Acompanhamento Familiar, com mais de 16 anos de atuação no bairro, mostra-se como ferramenta importante de promoção da saúde e de prevenção de doenças nas comunidades Neo e Garibaldi. Nesse período de atuação, centenas de pessoas já foram beneficiadas com as atividades do projeto, sugerindo que os objetivos primeiramente propostos pelo PROSAF conseguem ser cumpridos com êxito. Além disso, esse contato promove uma maior integração médico-paciente, ampliando a formação médica dos estudantes de Medicina. Isso gerou reconhecimento e aceitação por grande parte das pessoas das comunidades abrangidas. Em 2013, esse reconhecimento do Projeto pode ser observado com a participação e a premiação em congressos, como o melhor projeto em atividade com idosos no Encontro das Ligas no VII Congresso Norte-Nordeste de Geriatria e Gerontologia. O PROSAF conta ainda com a participação no Congresso Brasileiro de Educação Médica e no Dia Mundial da Saúde. Outro aspecto positivo ocorreu em 2006, quando concorrendo com mais 90 trabalhos de todo o País, o PROSAF ficou com o 1º lugar no Prêmio Saúde Brasil. Desta forma, o Projeto vem diversificando suas áreas de atuação, para atender sempre um maior número de residentes dessas localidades carentes e principalmente a partir das atividades realizadas todos os sábados tem promovido uma mudança de comportamento entre os estudantes que tem a oportunidade de ver de perto as limitações e necessidades da comunidade. Isso contribuirá de forma decisiva para formarmos médicos mais sensíveis às realidades encontradas na periferia das grandes cidades e interior do Ceará.

Referências

Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras e SESu/MEC (2001). *Plano Nacional de Extensão Universitária*. Brasil. Acesso em 28 de julho de 2014, disponível em <http://www.portal.ufpa.br/docsege/Planonacionaldeextensaouniversitaria.pdf>

Agradecimentos

Agradecemos, inicialmente, a todos os cidadãos residentes no Bairro da Serrinha, por sua disponibilidade, atenção e experiência; e por estarem sempre dispostos a nos receber em suas casas. Também somos gratos a todos os idosos participantes das nossas atividades, por doarem um pouco de seu tempo toda semana, durante tantos anos, compartilhando suas trajetórias e suas alegrias. Agradecemos aos nossos amigos, integrantes do PROSAF, e ao nosso orientador, Professor Luciano, por nos apoiarem e por dividirem a honra de fazer parte desse projeto.

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: UMA EXPERIÊNCIA DE CUIDADO NA SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ NA ADOLESCÊNCIA

Autor 1 – Eline de Vasconcelos Barbalho Faculdades INTA – elinebarbalho@gmail.com

Autor 2 – Erika de Vasconcelos Barbalho – Universidade Estadual do Ceará - erikavascb@gmail.com

Autor 3 – Samila Sousa Vasconcelos – Universidade Estadual do Ceará – samilasousa@hotmail.com

Autor 4 – Athus Bastos Brandão Faculdades INTA – athusbrandao@gmail.com

Autor 5 – Francisco José Maia Pinto – Universidade Estadual do Ceará - maiapinto@yahoo.com.br

Palavras-chave: Adolescência. Guillain-Barré. Projeto Terapêutico Singular.

Resumo

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Guillain-Barré é uma polirradiculoneuropatia desmielinizante, por uma inflamação progressiva e aguda que afeta o Sistema Nervoso Periférico e se desenvolve, frequentemente, após infecções. **OBJETIVO:** Relatar a experiência de fisioterapeutas trabalhadores da Atenção Secundária na assistência a um paciente adolescente com Síndrome de Guillain-Barré, e sua experiência na construção de um Projeto Terapêutico Singular. **METODOLOGIA:** estudo de natureza descritiva, relato de experiência, realizado na cidade de Sobral, Ceará. **Sujeitos envolvidos:** profissionais da Equipe de Saúde da Família e do NASF do bairro Vila União de Sobral, equipe do Centro de Reabilitação de Sobral, um usuário referenciado pela equipe e sua família. **Locais da pesquisa:** Unidade Básica de Saúde da Vila União, Centro de Reabilitação de Sobral e a residência do paciente. **Período:** de abril de 2012 à outubro de 2012. **RESULTADOS:** O projeto terapêutico singular se deu com reuniões entre a equipe da UBS, NASF, profissionais da Atenção Secundária e família do paciente. Nessas reuniões, os profissionais relatavam suas percepções sobre o caso e desenvolviam uma compreensão coletiva, para que pudessem nortear as intervenções necessárias para o caso. Isso aconteceu em quatro momentos: diagnóstico situacional, definição de metas, divisão e responsabilidades e reavaliação. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os resultados positivos do tratamento demonstram a importância de se propiciar uma atenção integral ao paciente. Esse tratamento se deu de forma interdisciplinar, holístico e através da corresponsabilização de cada profissional envolvido no processo, onde foi proporcionada uma rede de apoio e de cuidados ao paciente e à sua família.

Introdução

A Síndrome de Guillain-Barré (SGB) é uma polirradiculoneuropatia desmielinizante. Possui origem autoimune adquirida e monofásica. É uma inflamação progressiva e aguda que afeta o Sistema Nervoso Periférico e se desenvolve, frequentemente, após infecções (FUNES;

MONTERO; CARRANZA, 2002). Geralmente, uma infecção viral respiratória ou intestinal antecede a instalação da fraqueza. Alguns achados relacionam vacinação contra a influenza com a SGB (DOURADO; FREITAS; SANTOS, 1998).

Epidemiologicamente, a SGB é uma das formas mais frequentes de neuropatia, constituindo a que apresenta evolução mais rápida e potencialmente fatal (TORRES; SÁNCHEZ; PÉREZ, 2003). É a maior causa de paralisia flácida generalizada no mundo com incidência anual de 2 a 4 por 100.000 habitantes e pico entre 20 a 40 anos de idade (VUCIC; KIERNAN, 2009).

Na maioria dos casos, a SGB é caracterizada por uma debilidade progressiva, que dura em torno de quatro semanas, uma fase de estabilidade (platô) e um período de recuperação que pode durar meses (BOLAN et al., 2007). Normalmente, apresenta quadro de fraqueza rapidamente progressiva, podendo evoluir para falência respiratória. Nos casos mais graves, pode-se instalar insuficiência respiratória, arritmias cardíacas, sudorese e picos hipertensivos. Até 25% dos pacientes podem necessitar de suporte ventilatório (NOVIELLO et al., 2008).

O tratamento da Síndrome de Guillain-Barré é complexo e prolongado, exigindo a interação de toda uma equipe multi e interdisciplinar (PONTES; HENRIQUE; SPUZA, 2013).

O modelo de atendimento multiprofissional reconhece a necessidade de múltiplos profissionais que avaliem e interfiram terapêuticamente, de acordo com a situação e necessidades da criança e de sua patologia. Entretanto, o resultado obtido com o tratamento, será um somatório das atividades individuais de cada profissional, através de suas decisões e de seu modo de trabalho isoladamente. Este modelo pode conduzir a intervenções e tratamentos, eventualmente, contraditórios ou concorrentes, sendo difícil a definição de prioridades. Tornando-se difícil avaliar e tratar o paciente de forma holística, conforme proposto pelo Sistema Único de Saúde. O modelo interdisciplinar, em contrapartida, gera um atendimento mais integrado, prestando um serviço ao usuário com globalidade e totalidade. Nele, há uma interação formal de trabalho em equipe, em que as informações são compartilhadas e as prioridades, decididas de forma conjunta. O fator decisivo para a tomada de decisão, neste caso, é o planejamento entre os profissionais (FRANCO, 2007).

Pinto et al. (2011) complementam que o trabalho acima configura um Projeto Terapêutico Singular (PTS) ao incorporar a noção interdisciplinar que abrange a contribuição de várias especialidades e distintas profissões, em uma discussão prospectiva. Depois de uma avaliação compartilhada sobre as condições do usuário, são acordados procedimentos a cargo de diversos membros da equipe multiprofissional, denominada equipe de referência. Esta empreendem a construção de responsabilidade singular e vínculo estável entre equipe e usuário/família. Cada profissional de referência terá o encargo de acompanhar as pessoas ao longo de todo seu tratamento naquela organização, providenciando a intervenção de outros profissionais ou serviços de apoio consoante necessário e, finalmente, assegurando sua alta e continuidade de acompanhamento no sistema.

Neste contexto, a dimensão singular é a essência do PTS, é o locus onde se inscreve a concepção de ser humano que determina a ação de saúde oferecida para alcançar o objetivo de criar produtos de saúde: cuidar, melhorar a qualidade de vida dos usuários, ampliar o entendimento e a apropriação do processo saúde-doença (BOCCARDO et al., 2011).

Metodologia

Este é um estudo de natureza descritiva, do tipo relato de experiência, realizado na cidade de Sobral, Ceará. Os sujeitos envolvidos foram os profissionais da Equipe de Saúde da Família e do NASF do bairro Vila União de Sobral, a equipe do Centro de Reabilitação de Sobral, 01 usuário referenciado pela equipe e sua família. Os locais da pesquisa foram a Unidade Básica de Saúde da Vila União, o Centro de Reabilitação de Sobral e a residência do paciente. O período foi de Abril de 2012 à Outubro de 2012. **Relato do Caso:** JGA, 16 anos, residente na cidade de Sobral, deu entrada na Santa Casa de Misericórdia de Sobral no dia 24 de Março de 2012, com quadro

de paresia em membro inferior esquerdo, evoluindo em 24 horas, para uma tetraparesia generalizada. Paciente com história de gastroenterite prévia (duas semanas antes do início dos sintomas). Na avaliação médica, apresentou quadro de tetraparesia e hipotonia generalizada, apresentando movimentos residuais de cervical. Não houve comprometimento respiratório. Como exame radiológico, realizou Tomografia Axial Computadorizada de Crânio, e a mesma estava normal. Permaneceu dezessete dias internado, fazendo uso de imunoglobulina intravenosa. No momento da alta, o paciente apresentava movimentos residuais em cervical e músculo elevador da escápula. O serviço social hospitalar contra referenciou o paciente para sua Unidade Básica de Saúde, onde ficou recebendo acompanhamento do agente de saúde, do enfermeiro e do nutricionista (através do serviço do NASF). Além disso, foi discutido sobre a importância da elaboração do Projeto Terapêutico Singular como uma forma de proporcionar um cuidado ao usuário baseado na clínica ampliada. Desta forma, foi aberto um PTS. Da atenção básica, o paciente foi referenciado para o Centro de Reabilitação de Sobral, onde recebeu, a princípio, acompanhamento fisioterapêutico, psicológico e neurológico. Entretanto, após uma avaliação prévia, foi constatado que o mesmo necessitava, também, ser incluído no serviço de transporte adaptado fornecido pela prefeitura municipal. Além disso, o mesmo era o provedor financeiro da família, e a mesma necessitou de acompanhamento com a assistente social. Na avaliação da fisioterapia, foi observado o déficit motor generalizado, sem comprometimento respiratório. Na avaliação da psicologia, foi constatado quadro de isolamento social. **Descrição da Experiência:** OPTS se deu com reuniões entre a equipe da UBS, do NASF, com profissionais da Atenção Secundária e com a família do paciente. Nessas reuniões, os profissionais relatavam suas percepções sobre o caso e realizavam uma compreensão coletiva do paciente, para que, desta forma, pudessem nortear as intervenções necessárias para o caso. Isso aconteceu em quatro momentos. No primeiro momento chamado de “diagnóstico”, foi relatado o caso do paciente, com uma visão biopsicosocial. Os profissionais descreveram como a doença se instalou, quais as sequelas resultantes, quais os riscos que ainda precisaríamos lidar e qual a situação econômica e cultural da família. Na segunda etapa, chamada de “definição de metas”, os profissionais relataram quais as metas que deveriam ser alcançadas a curta, médio e longo prazo. Isso foi repassado para a família que estava presente, para que fosse negociado com ela, os meios para atingir esses objetivos. O terceiro momento, chamado de “divisão de responsabilidades”, aconteceu com os profissionais definindo suas responsabilidades dentro do caso e com a organização de um cronograma de atividades, para que se alcançasse uma terapêutica mais holística com o paciente. A quarta etapa, chamada de “reavaliação”, aconteceu em vários momentos, em que foi discutida a evolução do caso e a necessidade de correção da terapêutica, além da reorganização do cronograma de atividades. De todo o tratamento realizado, a fisioterapia foi a etapa que o paciente permaneceu por mais tempo, uma vez que seu maior comprometimento era motor. Após 6 meses, de acompanhamento, o paciente recebeu alta de todos os profissionais, com exceção da fisioterapia, pois o mesmo ainda precisava aprimorar suas habilidades motoras.

O paciente permaneceu em tratamento fisioterápico por um ano e dois meses, com frequência semanal de 3 sessões. No momento da alta, o paciente havia recuperado todas as suas funções e habilidades motoras e já havia voltado a realizar todas as suas atividades da vida diária, inclusive suas atividades laborais. Foi encaminhado para uma academia, onde pudesse dar continuidade às atividades de fortalecimento muscular.

Resultados e Discussão

Apesar Sistema de Saúde de Sobral ser referência desde a implantação do SUS, é possível observar um grande hiato entre a Atenção Primária, Secundária e Terciária. O diálogo entre elas raramente é uma prioridade do sistema. No caso em questão, foi de fundamental importância a relação que se desenvolveu entre a Atenção Primária e Secundária, onde foi possível que cada uma trouxesse suas contribuições para o Projeto Terapêutico Singular. Os profissionais traçaram as metas, as prioridades e cronograma de ação de forma conjunta e compartilhada. Dessa forma as ações desenvolvidas por eles se tornaram complementares, proporcionando assim uma ação efetivamente integral ao paciente.

A construção de um projeto terapêutico singular deve ser compreendida como estratégia que, em sua proposição e desenvolvimento, envolve a pessoa com Guillain Barré, seus familiares e a rede social, num processo contínuo, integrado e negociado de ações voltadas à satisfação de necessidades e produção de autonomia, protagonismo, inclusão social. Além disso, esse processo visa atingir mudanças sustentáveis, ao longo do tempo, e a redução da dependência exclusiva dos sujeitos aos serviços de saúde.

É importante salientar que a atenção fornecida pela equipe precisa englobar a família do paciente. Como foi relatado, o adolescente com a Síndrome de Guillain-Barré era o provedor financeiro da família. Sendo assim, esta sofreu modificações profundas que foram desde a questão financeira até aspectos relacionados à qualidade de vida física, psíquica e social dos cuidadores diretos e indiretos. Nesta perspectiva, uma observação compartilhada pela equipe durante o momento denominado “reavaliação” no PTS, era que a família teve uma importância fundamental no processo de recuperação do paciente, uma vez que ela se sentia amparada por uma rede de cuidados interdisciplinar, demonstrando interesse em dar continuidade, em casa, ao tratamento realizado. Além disso, era possível observar, que devido ao vínculo construído com a equipe, os cuidadores possuíam abertura em estarem repassando constantemente informações relevantes para o tratamento e para buscarem solucionar possíveis dúvidas que surgiam.

Conclusão

Os resultados positivos do tratamento demonstram a importância de se propiciar uma atenção integral ao paciente. Esse tratamento se deu de forma interdisciplinar, holístico e através da corresponsabilização de cada profissional envolvido no processo, onde foi proporcionada uma rede de apoio e de cuidados ao paciente e à sua família.

Foi possível observar também, que com a família do paciente com Síndrome de Guillain-Barré, ao se sentir apoiada por uma rede de cuidados interdisciplinar, demonstrou mais segurança para dar continuidade ao cuidado do paciente, numa lógica de promoção da saúde e da autonomia.

Além disso, foi engrandecedor o diálogo que se estabeleceu entre as Atenções Primária e Secundária, agregando conhecimentos e experiências para os profissionais que participaram do Projeto Terapêutico Singular.

Referências

BOLAN, R. S. et al. Síndrome de Guillain-Barré. **Rev. da AMRIGS**, v. 51, n. 1, p. 58-61, 2007.

BOCCARDO, A. C. S. et al. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup.** Univ. São Paulo, v. 22, n. 1, p. 85-92, jan./abr. 2011.

DOURADO, M. E; FREITAS, M. L; SANTOS, F. M. Síndrome de Guillain-Barré com flutuações relacionadas ao tratamento com imunoglobulina humana endovenosa curso trifásico: Relato de caso. **Arq. Neuropsiquiatr**; 1998.

FRANCO, V. Dimensões transdisciplinares do trabalho de equipa em intervenção precoce. **Interação**, v. 11, n. 1, p. 113-121, 2007.

FUNES, J. A. A.; MONTERO, V. A. M.; CARRANZA, E. M. Síndrome de Guillain-Barré: Etiologia y Patogénesis. **Revista de Investigación Clínica**, v. 54, n. 4, p. 357-363, 2002.

NOVIELLO, T. B. et al. Cetoacidose Diabética Associada com Síndrome de Guillain-Barré: Relato de Caso. **Arq Brás Endocrinol Metab**, v. 52, n. 3, p. 562-565, 2008.

PONTES, M. G. A; HENRIQUE, A. H. B; SOUZA, M. I. L. S. Síndrome de Guillain-Barré em paciente transplantada de medula óssea: relato de caso. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**, v. 11, n. 3, p. 32-39, 2013.

PINTO, D. M. et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto contexto - enferm.**, v. 20, n. 3, jul/sept., 2011.

TORRES, M. S. P.; SÁNCHEZ, A. P.; PÉREZ, R. B. Síndrome de Guillain Barre. **Revista Cubana de Medicina Militar**, v. 32, n. 2, p. 137-142, 2003.

VUCIC S., KIERNAN M. C. Guillain-Barré syndrome: an update. **J Clin Neurosci**. v. 16, n.6, p. 733-41, 2009.

Agradecimentos

Não temos agradecimentos.

PROJETO UNIVERSIDADE E ESCOLA SOMANDO SABERES: RELATO DE EXPERIÊNCIA DAS ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE.

Ana Caroline Lima Vasconcelos (carool.lima@hotmail.com) – Universidade Estadual do Ceará

Déborah Danna da Silveira Mota – Universidade Estadual do Ceará

Jéssica Freire Rangel – Universidade Estadual do Ceará

Luana Silva de Sousa – Universidade Estadual do Ceará

Luara Abreu Vieira – Universidade Estadual do Ceará

Dafne Paiva Rodrigues (Orientador) – Universidade Estadual do Ceará

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

Resumo

A presença da Universidade na Escola deve ser vigilante, crítica e atender às questões relevantes do cotidiano, assumindo compromisso de responsabilidade e parceria com a sociedade, por meio do desenvolvimento de oficinas educativas. O Programa de Educação Tutorial (PET) foi criado pelo Ministério da Educação para apoiar atividades acadêmicas que integrem ensino, pesquisa e extensão. Em vista disso, o PET do curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE) elaborou o projeto de extensão universitária “Universidade e Escola somando saberes”. Este trabalho objetiva relatar a experiência do grupo PET/Enfermagem/UECE na prática das atividades desse projeto. Este estudo consiste em um relato de experiência vivenciado pelas discentes do Curso de Graduação em Enfermagem, da UECE, integrantes do PET, durante as atividades de extensão do Projeto Universidade e Escola Somando Saberes, no ano de 2013. A escola onde se realizaram as atividades pertence à Secretaria Executiva Regional IV (SER IV). As atividades aconteceram de setembro a dezembro, nas segundas e sextas-feiras de cada semana, no período da tarde, com os alunos do 1º ano do Ensino Médio, do turno da tarde. A faixa etária desses alunos era de 16 a 19 anos. As ações realizadas permitiram que fosse realizada uma interação muito positiva entre os alunos, enquanto alvos do processo de ensino aprendizagem, e os membros do PET envolvidos. Assim, a vivência foi relevante, pois, a partir disso, haverá o impulso ao processo de educação em saúde de forma integrada e dinâmica, além da questão da empatia, algo que beneficia tanto o acadêmico de enfermagem como com quem o mesmo está se relacionando.

Introdução

A presença da Universidade na escola deve ser vigilante, crítica, e atender às questões relevantes do cotidiano, assumindo compromisso de responsabilidade e parceria com a sociedade, por meio do desenvolvimento de oficinas educativas. Além dos conhecimentos exigidos nos planos curriculares das instituições de ensino, a escola deve trabalhar as questões que fazem referência às necessidades de seus

usuários, para que estes tenham uma concepção diferenciada da realidade que os cercam e, assim, possam agir de forma consciente para seu desenvolvimento político, econômico e social e para a manutenção de sua integridade física e mental.

Segundo os Parâmetros Curriculares Nacionais, “o currículo ganha em flexibilidade e abertura, uma vez que os temas podem ser priorizados e contextualizados de acordo com as diferentes realidades locais e regionais e outros temas podem ser incluídos.” (MEC, 1997, p. 25). Dentre esses temas a serem incluídos, estão aqueles do âmbito da saúde, os quais são, de fato, importantes para uma formação escolar satisfatória e uma melhor qualidade de vida dos estudantes.

Nessa perspectiva, atividades de educação em saúde devem estimular experiências que facilitem a realização de ações que melhorem as condições de vida e promovam saúde (PEREIRA, VIEIRA, FILHO, 2011). Muito além dos conhecimentos exigidos nos planos curriculares das instituições de ensino, a escola deve trabalhar as questões que fazem referência às necessidades dos alunos, para que estes tenham uma concepção diferenciada da realidade que os cercam e, assim, possam agir de forma consciente para seu desenvolvimento político, econômico e social e para a manutenção de sua integridade física e mental. A escola é um ambiente propício à realização de programas de educação em saúde, pois está presente em todas as dimensões – ensino, relações lar-escola, comunidade e ambiente físico e emocional (SILVA, 2011).

O Programa de Educação Tutorial (PET) foi criado pelo Ministério da Educação para apoiar atividades acadêmicas que integrem ensino, pesquisa e extensão. O programa proporciona aos alunos integrantes oportunidades únicas de interação com a sociedade, iniciação à docência e incentivo à pesquisa. A Extensão é uma das funções sociais da Universidade, realizada por meio de um conjunto de ações dirigidas à sociedade, as quais devem estar indissociavelmente vinculadas ao Ensino e à Pesquisa. Num âmbito geral, sua finalidade é a promoção e o desenvolvimento do bem-estar físico, espiritual e social, a promoção e a garantia dos valores democráticos de igualdade de direitos e de participação, o respeito à pessoa e à sustentabilidade das intervenções no ambiente.

Em vista disso, o PET do curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE) elaborou o projeto de extensão universitária “Universidade e Escola somando saberes: Avaliando as Concepções de Alunos e Professores sobre Educação em Saúde”, o qual possibilita articular, concomitantemente, o ensino, a pesquisa e a extensão. Tal projeto visa executar estratégias de educação em saúde, abordando várias temáticas relevantes, para adolescentes de uma escola pública, os quais, em virtude das vulnerabilidades a que estão sujeitos, precisam de uma atenção especial. Este trabalho objetiva relatar a experiência do grupo PET/Enfermagem/UECE na prática das atividades desse projeto.

Metodologia

Este estudo consiste em um relato de experiência vivenciado pelas discentes do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Estadual do Ceará, integrantes do Programa de Educação Tutorial, durante as atividades de extensão do Projeto “UNIVERSIDADE E ESCOLA SOMANDO SABERES: AVALIANDO AS CONCEPÇÕES DE ALUNOS E PROFESSORES SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE”, no ano de 2013.

A escola é pertencente à Secretaria Executiva Regional IV (SER IV), escolhida devido à acessibilidade e à proximidade ao campus universitário. Todas as atividades foram planejadas com antecedência pelos membros do Programa, além de serem expostas aos professores e responsáveis pela turma da escola previamente, a fim de que os mesmos pudessem ser participantes dessa construção. Em média, 8 membros do grupo participavam por dia das oficinas com os adolescentes. A atuação do grupo iniciou-se em setembro e perduraram até o mês de dezembro, todas as segundas e sextas-feiras de cada semana, no período da tarde, com os alunos do 1º ano do Ensino Médio, do turno da tarde. A faixa etária desses alunos era de 16 a 19 anos.

As ações desenvolvidas pelo grupo na escola incluíram dinâmicas para interação entre os alunos e os integrantes do Pet; apresentação de vídeos relacionados ao tema abordado no dia da atividade; confecção de cartazes e desenvolvimento de jogos para fixação do conhecimento transmitido; rodas de conversa e debates com duração média de duas horas em cada encontro.

Resultados e Discussão

As ações realizadas durante o período assim relatado permitiu que fosse estabelecida uma interação muito positiva entre os alunos, enquanto alvos do processo de ensino aprendizagem, e os membros do grupo Pet envolvidos na elaboração das mesmas. A participação da Universidade dentro da realidade da escola permitiu que novos conhecimentos fossem repassados e que os adolescentes fossem sensibilizados com as temáticas abordadas, visto que a iniciativa do grupo surgiu da necessidade encontrada na escola em estratégias que envolvessem os assuntos discutidos, tais como drogas, sexualidade, estilo de vida, hábitos saudáveis, violência e no impacto que estas temáticas produzem no convívio e no enfrentamento social.

Os alunos mostraram-se muito colaborativos e dispostos a conhecer mais sobre os assuntos abordados. Percebeu-se que o convívio com os mesmos à medida que se tornou mais frequente, permitiu um melhor engajamento entre a turma e o grupo, assim como a disponibilidade dos alunos em participar das atividades. Quanto ao grupo, foram momentos de muita troca de experiências, vivência da realidade e dos problemas sociais que atingem essa faixa etária e também uma oportunidade de melhora na formação acadêmica com o planejamento, elaboração, desenvolvimento e avaliação positiva das atividades realizadas, despertando os integrantes do projeto para a importância da aproximação entre a Universidade e os demais setores sociais com a prática da educação em saúde, visando a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos.

Figueiredo, Machado e Abreu (2010) afirmam que cabe aos protagonistas da saúde, aos educadores em saúde, entender que a participação dos mesmos no processo de educação em saúde na escola só se justifica se implementado, menos como ações pontuais de educação à saúde na escola, porém, com maior ênfase na potencialização da ação do educador em sala de aula, de forma que os conteúdos abordados sejam tratados de forma dinâmica, atrativa, interativa e que forneça com a escola uma relação de parceria e vínculo entre educadores e alunos.

Diante disso, ratificamos quão importante e necessário é aprofundarmos as atividades de educação em saúde junto às escolas, buscando, desta forma, promover a aquisição de conhecimento de diversas áreas aos alunos sobre temáticas de seu interesse e que são relevantes para suas vidas, de modo que possam repercutir na formação dos adolescentes enquanto cidadãos e sujeitos transformadores.

Conclusão

As atividades desenvolvidas na escola proporcionaram inúmeros momentos de interação com os adolescentes, troca de experiências e de sentidos, fazendo com que cada um dos encontros fosse vivenciado de uma forma conjunta e singular, o que contribuiu para o crescimento e para o amadurecimento do grupo e dos participantes da escola, em relação à vida e à percepção das situações.

A experiência incentivou o amadurecimento político e social em ambas as partes envolvidas, por meio de momentos de reflexão acerca do nosso papel de estudante, que deve ser ativo na sociedade e provocador de mudanças, além de utilizar conhecimentos e sentimentos partilhados para fundamentar a nossa prática acadêmica e profissional.

As vivências foram muito relevantes, pois, a partir das mesmas, fomos estimulados para que haja o impulso ao processo de educação em saúde de forma integrada e dinâmica, além do favorecimento da empatia, algo que beneficia tanto o acadêmico de Enfermagem quanto os alunos participantes do projeto. Soma-se a isso a importância que a vivência terá para as nossas vidas, gerando pensamentos, ações, reforçando valores e renovando a vontade de aprender mais e de ser melhor para si mesmo e para a sociedade em que estamos inseridos, na qual somos responsáveis pelas mudanças que queremos.

Referências

FIGUEIREDO, T. A. M.; MACHADO, V. L. T.; ABREU, M. M. S. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 15, v. 2, p. 397-402, 2010.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Parâmetros Curriculares Nacionais Apresentação dos temas transversais. Brasília. 1997. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro081.pdf>

PEREIRA, A. V.; VIEIRA, A. L. S.; AMANCIO FILHO, A. Grupos de educação em saúde: aprendizagem permanente com pessoas soropositivas para o HIV. **Trab. educ. saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, Jun. 2011.

SILVA, R. D. Mais do que educar... Ações promotoras de saúde e ambientes educacionais saudáveis na percepção do professor da escola pública. **Rev. Bras. Em Promoção da Saúde**. Fortaleza, v. 24, n.1, jan./mar., 2011.

Agradecimentos

Agradecemos à Universidade Estadual do Ceará – UECE por nos proporcionar um ensino público de qualidade e por ser uma instituição incentivadora da iniciação à pesquisa. Agradecemos à professora orientadora e tutora do Pet Enfermagem Uece pelo empenho em colaborar com o nosso aprendizado, buscando sempre a qualidade de nossa carreira acadêmica e, futuramente, profissional. Agradecemos ao Programa de Educação Tutorial pelo apoio às atividades de ensino, pesquisa e extensão, nos proporcionando uma formação completa e cheia de experiências. Por fim, agradecemos à Universidade de Fortaleza – UNIFOR e demais organizadores do Seminário Internacional em Promoção da Saúde, por proporcionar tão rica oportunidade para compartilharmos conhecimentos científicos e culturais, trocando saberes com diferentes estudantes e profissionais participantes do evento.

PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE A PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM ACERCA DA BIOSSEGURANÇA

Giselle Mary Ibiapina Brito – Universidade Federal do Piauí (UFPI) – giselleibiapina@hotmail.com

Daniela Furtado Rodrigues de Andrade – Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Vanessa Moura Carvalho – Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Tâmara Ravena Gonçalves Ferreira – Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Marcos André Siqueira de Sousa – Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Odinéia Maria Amorim Batista – Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Palavras-chave: Biossegurança. Enfermagem. Formação Profissional em saúde

Resumo

Introdução: Biossegurança é definida como um conjunto de ações destinadas a prevenir, controlar, reduzir ou eliminar riscos inerentes às atividades que possam comprometer a qualidade de vida. Dessa forma, são necessários procedimentos seguros e adequados em atividades de risco para aquisição de doenças pelos profissionais da saúde. **Objetivos:** Levantar artigos científicos publicados que ressaltem a relevância do uso de EPI's na prevenção e controle de infecções hospitalares associados a acidentes de trabalho.

Metodologia: Estudo descritivo, de revisão integrativa da literatura, constituído a partir de consulta das bases de dados SCIELO (*Scientific Eletronic Library Online*) e LILACS (Literatura Latina Americana em Ciências da Saúde), de artigos publicados entre janeiro de 2007 a dezembro de 2013 e pesquisas realizadas com pacientes adultos, usando os descritores “biossegurança”, “formação profissional em saúde”, “enfermagem”. **Discussões:** Observou-se como principais causadores dos acidentes de trabalho com enfermeiros o descarte inadequado de perfuro cortantes, a sobrecarga de trabalho, a não utilização das normas de biossegurança e a deficiente supervisão e capacitação do trabalhador; sugeriu-se a construção de ambientes saudáveis e responsabilização por negligências à biossegurança. A biossegurança foi, também, apresentada com um importante fator quanto à prevenção de riscos e o cuidado com o meio ambiente.

Conclusão: Conclui-se que a adesão dos profissionais de enfermagem as medidas de biossegurança é baixa no ambiente hospitalar apesar, destes estarem expostos a vários riscos.

Descritores: Biossegurança, Formação Profissional em Saúde, Enfermagem.

Introdução

A exposição ocupacional a material biológico provoca danos à integridade física, mental e social constituindo os acidentes, que podem ser auto ou heteroinfligidos - os agravos. Este tipo de agravo tem sido um dos mais frequentes entre os trabalhadores da área da saúde (SOARES, SARQUIS et al, 2013).

Biossegurança é definida como um conjunto de ações destinadas a prevenir, controlar, reduzir ou eliminar riscos inerentes às atividades que possam comprometer a qualidade de vida. Dessa forma, são necessários procedimentos seguros e adequados em atividades de risco

para aquisição de doenças pelos profissionais da saúde. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária estabelece a segurança como critério básico para alcançar a qualidade de atenção ao paciente, sendo que as diferentes visões dos profissionais ajudam a definir quais são as prioridades nacionais e desta forma construiu-se um projeto adaptado à realidade brasileira nas linhas do programa da OMS.

O campo da Biossegurança discute hoje temas complexos que integram objetos tratados por diferentes áreas do conhecimento científico, como a ecologia, a epidemiologia, a biotecnologia, a bioética, a sociologia, dentre outras, numa exigência reflexiva que não é mais possível de ser abarcada pelas disciplinas tradicionais. Essa perspectiva interdisciplinar da Biossegurança possibilita a articulação de aspectos teóricos, elementos históricos, políticos, ideológicos, subjetivos e culturais em um processo de construção de conhecimento que procura responder aos desafios teóricos e práticos impostos pelas constantes mudanças no mundo, decorrentes das intervenções humanas sobre a natureza, mediadas pelos avanços científicos e tecnológicos (ROCHA et al, 2012).

As ações propostas pela Biossegurança contribuem para o controle do risco de disseminação das doenças emergentes e reemergentes, na medida em que, ainda que não seja possível prever o momento exato do aparecimento de um determinado agravo, é possível avaliar o risco de sua introdução, em tempo de serem aplicadas medidas de prevenção, ou ações de enfrentamento de seus possíveis danos (ROCHA, et al, 2012).

As propostas da ANVISA para segurança do paciente visam à melhoria da qualidade no atendimento hospitalar e a adesão do Brasil à Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Alguns temas são destacados como a higienização das mãos, a segurança do sangue e hemoderivados em transfusões, a administração segura de medicamentos em procedimentos cirúrgicos, o saneamento e o gerenciamento dos resíduos (CARARRO et al, 2012).

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica. Realizou-se busca, pelo acesso *online* nas bases de dados SCIELO (*Scientific Eletronic Library Online*) e LILACS (Literatura Latina Americana em Ciências da Saúde. Os descritores foram “biossegurança”, “formação profissional em saúde” “enfermagem” unidos em díades pela lógica booleana “and”. Os artigos foram selecionados conforme os seguintes critérios de inclusão: idiomas em português, texto completo disponível, ano de publicação entre janeiro de 2007 a dezembro de 2013 e pesquisas realizadas com pacientes adultos. Foram excluídos os artigos em duplicidade, por meio de leitura criteriosa dos títulos e resumos, as revisões bibliográficas, e os que não atendiam aos objetivos da pesquisa.

Resultados e Discussão

Soares et al (2013), relata uma pesquisa descritiva e exploratória realizada na Clínica Médico-Cirúrgica de um hospital de médio porte do interior do Paraná. Na análise dos resultados, a taxa de incidência de acidentes com agulha foi de 307,70 por mil no período estudado em uma frequência de 30,8%. A taxa de incidência pode servir como parâmetro para avaliar a organização das unidades hospitalares. Sendo assim, alguns aspectos merecem reflexão, como a estrutura do serviço, o tipo e a disponibilidade de material e de profissionais, de modo a melhorar os padrões de segurança desses serviços.

As semelhanças nas condições de trabalho entre hospitais do interior fazem-nos pensar que as questões levantadas neste estudo possam servir de parâmetro a outras instituições em semelhantes condições.

As causas dos acidentes de trabalho com material biológico apresentaram muitas similaridades. Entre os agentes materiais, o perfuro cortante foi a causa primária de todos os acidentes; o seu descarte inadequado/ incorreto foi fator responsável por todos os acidentes desta pesquisa. Esta realidade é encontrada em outros estudos que abordam esta temática, os quais apontam que a exposição percutânea com agulhas envolvendo sangue são as mais comuns entre os trabalhadores de enfermagem. Essas exposições oferecem maior risco de soro conversão aos patógenos veiculados pelo sangue, portanto são consideradas de maior gravidade.

Gallas e Fontana (2010), em sua pesquisa ao investigar-se a concepção dos indivíduos acerca de sua exposição a riscos no ambiente de trabalho, percebe-se que os mesmos têm consciência dos perigos aos quais estão submetidos por consequência de suas atividades laborais.

Os trabalhadores estudados utilizaram recipientes inadequados tanto para o transporte, quanto para o descarte final. Os locais de trabalho devem dispor, entre outros itens, de estrutura adequada para o descarte de perfuro cortantes.

Entre os agentes institucionais encontraram-se: a sobrecarga de trabalho, as condições do trabalho noturno e a realização inadequada dos procedimentos de enfermagem, como agravantes para a sua ocorrência. A sobrecarga no trabalho ocorre pelas condições em que este se organiza e desenvolve. O baixo quantitativo nos serviços, regime de turnos, plantões e os baixos salários, comuns entre os trabalhadores de saúde, implicam na dupla jornada de trabalho. A exaustão física e emocional são apresentados como fatores de risco desses acidentes.

Cararro et al (2012), relata um estudo qualitativo exploratório, realizado em uma universidade pública do sul do Brasil, com 17 acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem.

Os dados demonstraram que os acadêmicos consideram ser interessante o estudo da biossegurança discutida na graduação, entendendo ser forma de proteção para o profissional e para os pacientes e familiares, evitando danos e erros em suas condutas. No ambiente hospitalar, em que muitos trabalhadores atuam, existe muitos riscos ocupacionais, e "a adoção de normas de biossegurança no trabalho em saúde é condição fundamental para a segurança dos trabalhadores, qualquer que seja a área de atuação, pois os riscos estão sempre presentes".

Outra compreensão dos acadêmicos envolve a importância de utilizar os materiais de proteção individual, assim como o destino de materiais contaminados, sendo que estas ações de prevenção às contaminações e possíveis acidentes, estão relacionadas às normas de biossegurança.

Rocha et al (2012), propõem ações capazes de prevenir e controlar riscos de agravo a saúde ambiental e humana. Apresenta a biossegurança como a busca pelo controle dos riscos que o trabalho e o desenvolvimento científico/tecnológico podem conduzir à natureza e à vida no planeta.

Os riscos globais (ecológicos, ambientais, políticos e sociais) e as preocupações com a segurança da apropriação da ciência e da técnica em nome do progresso e do desenvolvimento material levaram a Organização das Nações Unidas (ONU) a busca de acordos que estabelecessem um compromisso com o meio ambiente. Visando tais objetivos, na conferência realizada em Estocolmo (1972) foi estabelecida a busca de um sistema de equilíbrio entre crescimento econômico, justiça social e sustentabilidade; na ECO92 obteve-se

como resultados principais a conservação da diversidade biológica e o uso sustentável dos seus componentes; o protocolo de Cartagena tem como principal objetivo evitar que materiais transgênicos possam trazer riscos ao meio ambiente e à saúde humana.

O protocolo internacional de biossegurança orienta que havendo indícios da ocorrência de riscos ao meio ambiente e/ou a saúde humana sejam tomadas providências no sentido de evitá-los, ainda que não haja evidência científica sobre seus reflexos ou consequências. Atribuindo, assim, à biossegurança a função de garantir a integridade ambiental, através do monitoramento e fiscalização dos processos de intervenção do meio ambiente.

Segundo Rocha et al (2012) as modificações ambientais em escala global, associadas a mudanças climáticas, resultantes de fenômenos com maior ou menor participação antrópica no seu desenvolvimento ou intensidade, têm alterado os padrões de distribuição de populações de vetores e reservatórios de doenças, e favorecido a replicação de patógenos. O surgimento e o ressurgimento de doenças têm ainda como causa outros fatores relacionados à diminuição do suporte social que leva ao desemprego e à marginalização econômica de uma parcela significativa da população.

As ações propostas pela biossegurança têm como finalidade, neste caso, o controle do risco de disseminação das doenças emergentes e reemergentes, avaliando o risco de sua introdução para que seja possível introduzir medidas de prevenção ou ações de enfretamento dos seus possíveis danos.

A realização dos procedimentos de enfermagem de forma insegura sem a adoção de precauções padrão expõe mais o trabalhador ao risco biológico, pelas atividades que realiza junto aos pacientes que possuem doenças infecto-contagiosas em um ambiente que é tipicamente insalubre. A ausência de equipamentos mais seguros, de acordo com as normas vigentes é um fator que contribui para a alta taxa de acidentabilidade.

Aspectos ligados à prevenção desses acidentes deveriam valorizar a necessidade de se aliar estratégias, como a supervisão a um processo educativo reflexivo para que estas possam ser incorporadas.

Conclusão

A adesão das medidas de biossegurança pelos profissionais de enfermagem ainda é baixa no ambiente hospitalar apesar, destes estarem expostos a vários riscos, pois os mesmos só utilizam medidas de proteção apenas nas situações que o diagnóstico da doença é conhecido. Reforça-se a necessidade da educação permanente dos profissionais da enfermagem sobre a temática de biossegurança e saúde do trabalhador.

Referências

CARARRO, T. E. et al. A biossegurança e segurança do paciente na visão de acadêmicos de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. [online]. 2012, vol.33, n.3, pp. 14-19. ISSN 1983-1447.

GALLAS, S. R.; FONTANA, R. T. Biossegurança e a enfermagem nos cuidados clínicos: contribuições para a saúde do trabalhador. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [online]. 2010, vol.63, n.5, pp. 786-792. ISSN 0034-7167.

ROCHA, S. S.; BESSA, T. C. B.; ALMEIDA, A. M. P. Biossegurança, Proteção Ambiental e Saúde: compondo o mosaico. **Ciência e Saúde Coletiva** [online]. 2012, vol.17, n.2, pp. 287-292. ISSN 1413-8123.

SOARES, L. G.; SARQUIS, L. M. M.; KIRCHHOF, A. L. C.; FELLI, V. E. A. Multicausalidade nos acidentes de trabalho da Enfermagem com material biológico. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2013, vol.66, n.6, pp. 854-859. ISSN 0034-7167.

Agradecimentos

Gostaríamos de agradecer a todas as pessoas que contribuíram para a realização do presente trabalho, a universidade por possibilitar a produção deste trabalho.

PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS POR ENFERMEIROS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DE PACIENTES

Luciana Vieira de Carvalho – Universidade Federal do Ceará. E-mail: lucianavcarvalho@hotmail.com

Aline Cruz Esmeraldo Áfio – Universidade Federal do Ceará.

Aldiana Carlos Balbino - Universidade Federal do Ceará.

Natália Rodrigues Oliveira - Universidade Federal do Ceará.

Míria Conceição Lavinhas Santos - Universidade Federal do Ceará.

Maria Dalva Santos Alves - Universidade Federal do Ceará.

Palavras-chave: Tecnologia Educacional; Enfermagem; Promoção da Saúde.

Resumo

Objetivou-se analisar o conceito de tecnologia educacional, produzido pela Enfermagem, aplicada ao paciente. Utilizou-se Modelo Evolucionário de Análise de Conceito, identificando-se antecedentes, atributos e consequentes. Selecionaram-se 13 artigos para análise nos quais se identificaram os antecedentes: deficiência de conhecimento, escassez de tempo dos profissionais, otimizar trabalho da enfermagem, atingir as metas dos pacientes; atributos: ferramenta, estratégia, abordagem inovadora, abordagem pedagógica, mediadora de conhecimentos, forma criativa de estimular a aquisição de competências, instrumento de produção da saúde; consequentes: melhora da qualidade de vida, estímulo a comportamentos saudáveis, empoderamento, reflexão e vínculo. Enfatiza-se a importância das tecnologias educacionais para o cuidado em Enfermagem, ao dinamizar as atividades de Educação em Saúde.

Introdução

As tecnologias são tão antigas quanto a espécie humana (KENSKI, 2008, p.15) e embora seja um campo de acelerado desenvolvimento nos aspectos teórico, instrumental e operacional, não se pode perder de vista certos conceitos e princípios fundamentais.

A Enfermagem cresceu e desenvolveu-se juntamente com o advento da tecnologia, seja ela dura, leve-dura ou leve (BARRA, 2006). Ao longo dos anos, percebeu-se um aumento na produção destas pela enfermagem (FONSECA *et al.*, 2011), havendo referência a **tecnologias educacionais** (dispositivos para a mediação de processos de ensinar e aprender, utilizadas entre educadores e educandos, nos vários processos de educação formal-acadêmica, formal-continuada); **tecnologias assistenciais** (dispositivos para a mediação de processos de cuidar, aplicadas por profissionais com os clientes-usuários dos sistemas de saúde - atenção primária, secundária e terciária) e **tecnologias gerenciais** (dispositivos para a mediação de processos de gestão, utilizadas por profissionais nos serviços e unidades dos diferentes sistemas de saúde) (NIETSCHE *et al.*, 2005).

Em relação às tecnologias educacionais, acredita-se que elas podem ser concebidas de diferentes formas se analisadas no decorrer da história e por diversas áreas do conhecimento. “Na era da sociedade tecnológica”, entender a amplitude e implicação do significado

educativo atrelado às tecnologias educativas em enfermagem facilitam a fundamentação de estudos que venham a ser desenvolvidos na área.

Nesse contexto, é relevante destacar que todas as atividades de promoção da saúde devem ser caracterizadas pelo empoderamento, parceria, centralização no cliente e colaboração(SOUZA et al, 2014), logo a produção de tecnologia educativas com vista na educação em saúde deve ser considerada por enfermeiros.

O enfermeiro, ao exercer o papel de educador, deve desenvolver estratégias educativas que facilitem a aprendizagem significativa (PARKER; LAZENBY; BROWN, 2012). Para isso, necessita conhecer e utilizar conceitos coerentes, capazes de melhorar o cuidado em saúde.

Ao cuidar de um paciente no intuito de promover o empoderamento, o enfermeiro dispõe de inúmeras ferramentas de comunicação. Assim, ao analisar a literatura, observou-se que houve um aumento na produção de uma variedade de materiais educativos como ferramenta educacional aplicada ao paciente, dispositivos esses aplicados em diversos cenários e com inúmeras finalidades.

Diante do exposto, o estudo teve como objetivo analisar a produção de tecnologias educativas por enfermeiros para a promoção da saúde de pacientes.

Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa. Considerando que os profissionais de enfermagem são os principais responsáveis pelo processo de educação em saúde, e que as tecnologias educativas são estratégias importantes para a execução destas atividades, a revisão integrativa torna-se relevante para a prática destes profissionais. Restringiu-se para os pacientes, pois as tecnologias educacionais aplicadas a este público possuem diferentes modalidades de ensino e de transferência de conhecimento.

Para a coleta dos dados foram utilizadas as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), SCOPUS e *Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), por serem consideradas relevantes para o campo da enfermagem. Ressalta-se que não foi delimitado o período de publicação dos artigos, com o intuito de obter o maior número de publicações sobre o tema.

O mês de coleta foi julho de 2013, utilizando-se os descritores tecnologia educacional, enfermagem e educação em saúde. Tais termos foram utilizados em língua inglesa, utilizando os termos MESH (descritores em inglês) mediante a busca em bases internacionais. A seleção dos artigos ocorreu a partir da leitura do título e resumo, sendo selecionados somente os que continham uma tecnologia educacional criada e aplicada por enfermeiros para pacientes.

Para a coleta de dados foi elaborado um instrumento para transcrição de informações relevantes, tais como: base de dados, título, ano de publicação, tipo de trabalho, objetivo, método, resultados e conclusões. Os critérios para inclusão dos artigos foram: contemplar a questão norteadora e estar disponível na íntegra em idioma português, inglês ou espanhol. Foram excluídos editoriais, carta ao editor e artigos reflexivos. Após a coleta das informações necessárias e leitura exaustiva dos artigos, foram descritos, analisados e discutido os aspectos relevantes para a análise das tecnologias educacionais. Os dados foram expostos em uma tabela, discutidos de forma descritiva e analisados mediante literatura pertinente.

Resultados e Discussão

Inicialmente foram selecionados 700 artigos e após a leitura dos títulos e resumos, restaram 23 publicações. Desses cinco estavam presentes em outras bases de dados, sendo excluídos e após a leitura dos textos completos ainda foram excluídos três artigos, por não está relacionado com o objeto do estudo, totalizando 15 estudos para análise.

Nota-se que grande maioria dos artigos encontrados na seleção inicial era tecnologias voltadas para o ensino-aprendizagem de enfermeiros e estudantes de enfermagem. Desta forma, evidencia-se uma lacuna no desenvolvimento de tecnologias educacionais aplicadas para os pacientes.

As tecnologias educacionais a serem aplicadas no intuito de facilitar a tomada de decisão por parte do paciente e ou da família, através da ampliação do conhecimento de interesse do paciente, possibilita a promoção da saúde. Promover saúde envolve processos educativos capazes de empoderar o sujeito, tomando-o como elemento participativo no processo de cuidar, capaz de decidir e opinar por planos terapêuticos ou adoção de comportamentos saudáveis.

Segundo Barros et al. (2012) tecnologias educativas são instrumentos facilitadores do processo ensino-aprendizagem utilizados como meio de transferência de conhecimento, o qual propicia ao indivíduo a participação em um momento de troca de experiências que o conduz ao aprimoramento de habilidades. Já a pedagogia problematizadora resgata conhecimentos prévios dos sujeitos, exigindo uma reflexão a cerca da realidade para que se alcance uma aprendizagem significativa.

No entanto, durante análise dos artigos percebe-se que poucos trabalharam a tecnologia educacional na perspectiva de uma pedagogia problematizadora. A maioria visava à transmissão de informações essenciais para minimizar dúvidas no intuito de mudar comportamentos de risco ou ser um recurso educacional de fácil acesso que complementava ou clarificava instruções fornecidas por profissionais. Contudo todas tiveram como objetivo o educar para cuidar.

Os tipos de tecnologias educacionais encontrados foram àscartilhas, sites, softwares, vídeos e cadernetas. Estas foram aplicadas em diversos cenários (hospitalar, quanto na escola, comunidade e domicílio), assim, percebe-se que estes são um excelente meio pedagógico. Evidencia-se que a crescente evolução tecnológica a partir das necessidades da sociedade apresenta novas possibilidades de uso destes materiais nas práticas de cuidado e de ensino de saúde.

O uso de materiais educativos no processo de ensino-aprendizagem contribui de modo significativo na transmissão das informações, melhora o nível de conhecimento, desenvolve habilidades e a autonomia do indivíduo, sendo capazes de refletir sobre seu comportamento e como suas ações influenciam seu padrão de saúde (CARVALHO et al., 2009).

Destaca-se que as tecnologias educacionais analisadas tiveram a contribuição de especialistas/juízes e dos sujeitos alvos dos materiais educacionais, durante o processo de validação, atendendo as necessidades da população de uma forma atrativa e criativa. Assim, a maioria considerou a tecnologia educacional um produto útil para o cuidado.

O objetivo dos materiais educativos deve ser muito além de facilitar o trabalho da equipe de saúde na comunicação e orientação de pacientes e familiares, ele deve está centrado no aprendizado do educando, para ser considerado educativo. Estes materiais subsidiam a orientação verbal dos profissionais de saúde e dinamizam as atividades de Educação em Saúde.

Considerando o desconhecimento frequente do educando sobre as condições para manutenção da saúde, levando a dúvidas e hábitos inadequados de vida, tornando-se vulneráveis ao processo de adoecer, a adoção de estratégias educativas pelos enfermeiros viabilizam um maior conhecimento dos educandos a cerca de sua problemática de saúde, sensibilizando-o a manter comportamentos saudáveis, o autocuidado com a saúde e superar o processo saúde-doença (GUBERT et al., 2009).

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde³⁰¹

Neste sentido, a prática da educação em saúde deve estar comprometida com a transformação social do indivíduo envolvido no processo educativo, de forma coerente, contínua e sensibilizada com o desenvolvimento social e político da população. Isto corrobora com o pensamento de que o cliente é um ser social, sujeito de suas ações, já que tem anseios e esperanças, seu próprio modo de aceitar as inovações e estabelecer relação com seus semelhantes. Assim, à construção de tecnologias devem integrar o ser, o pensar, o fazer, mobilizando ações de cuidado humano.

Tecnologias educativas são ferramentas essenciais para educação em saúde, visto que contribuem na capacitação do indivíduo na promoção da saúde, tornando-se um instrumento didático eficaz na manutenção da qualidade de vida (OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2008).

Conclusão

Como se constata, tanto na saúde comunitária como no hospital pode-se promover a saúde ao se utilizar estratégias direcionadas as necessidades dos pacientes, como a educação em saúde, mediante o uso de tecnologias educativas.

Observou-se a utilização de métodos educacionais diversos, relativamente inovadores (materiais impressos e informatizados) caracterizando uma dinamização do processo ensino-aprendizagem e a atualização do conceito. Salienta-se uma predominância de estudos recentes (últimos cinco anos), justificando os achados do estudo.

Como limitações do estudo apresentamos a restrição de artigos completos disponíveis em meio eletrônico e o enfoque nas tecnologias produzidas pela enfermagem direcionadas ao paciente, o que pode refletir uma análise restrita do estado da arte do conceito.

Enfatizamos a importância das tecnologias educacionais para a promoção da saúde das pessoas e o cuidado em Enfermagem, visto que os materiais de ensino dinamizam as atividades de Educação em Saúde, atividade peculiar da enfermagem.

Referências

BARRA, D.C.C., NASCIMENTO, E.R.P., MARTINS, J.J., ALBUQUERQUE, G.L., ERDMANN, A.L. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v.8, n.3, p:422-30, 2006.

BARROS, E. J. L., SANTOS, S.S.C. GIOVANA, C.G., ALACOQUE, L.E. Gerontotecnologia educativa voltada ao idoso estomizado à luz da complexidade. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 33, n. 2, Jun. 2012 .

FONSECA, L.M.M., LEITE, A.M., MELLO, D.F., SILVA, M.A.I., LIMA, R.A.G., SCOCHI, C.G.S. Tecnologia educacional em saúde: contribuições para a enfermagem pediátrica e neonatal. **Esc Anna Nery**. v. 15, n.1, p:190-6. 2011.

GUBERT, F.A., SANTOS, A.C.L., ARAGÃO, K.A., PEREIRA, D.C.R., VIEIRA, N.F.C., PINHEIRO, P.N.C. Tecnologias educativas no contexto escolar: estratégia de educação em saúde em escola pública de Fortaleza-CE. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v. 11, n.1, p:165-72. 2009. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/pdf/v11n1a21.pdf

KENSKI, Vani M. **Tecnologias e Ensino Presencial e a Distância**. Campinas, SP: Papirus, 2008.

NIETSCHE, E.A., BACKES, V.M.S., COLOMÉ, C.L.M., CERATTI, R.N., FERRAZ, F. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**;v.13, n.3, p:344-53, Maio/Jun. 2005 .

OLIVEIRA, M. S.; FERNANDES, A. F. C.; SAWADA, N. O. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 1, mar. 2008.

PARKER, F.M., LAZENBY, L.B., BROW, J.L. Mission possible CD rom: Instructional tool for preceptors. **Nurse Educ Today**. v. 32, n. 5, p: 561-4. 2012.

SOUZA, J.M, THOLL, A. D., CORDOVA, F.P., HEIDEMANN, I.T.S.B., BOEHS, A.E., NITSCHKE, R. G. Aplicabilidade prática do empowerment nas estratégias de promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v. 19, n.7, p:2265-76, Jul. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000702265&lng=en&nrm=iso>.

TORRES, C. H., CANDIDO, N.A., ALEXANDRE, L.R., PEREIRA, F.L. O processo de elaboração de cartilhas para orientação do autocuidado no programa educativo em Diabetes. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 62, n. 2, p: 312-16, Mar/Abril. 2009.

Agradecimentos

Agradecimentos ao Órgão Financiador FUNCAP pela concessão da bolsa de estudos do curso de mestrado, que contribuiu para realização deste estudo.

PRODUÇÕES CIENTÍFICAS ACERCA DO IDOSO COM DIABETES MELLITUS: O QUE A LITERATURA DENOTA?

Julianne Naziazeno de Lima - Universidade Federal de Campina Grande – juliannelima1@hotmail.com;
Suzana Pereira Cardoso da Silva - Universidade Federal de Campina Grande;
Nahadja Tahaynara Barros Leal - Universidade Federal de Campina Grande;
Joseana de Almeida Dias – Universidade Federal de Campina Grande;
Rejane Maria Paiva de Menezes – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Jank Landy Simôa Almeida – Orientador - Universidade Federal de Campina Grande.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Idosos. Enfermagem. Promoção. Saúde.

Resumo

O diabetes tem sido considerado importante problema de saúde pública, devido suas elevadas taxas de mortalidade e morbidade. De acordo com o aumento da idade a incidência da doença torna-se maior, alcançando o valor de 17% nos idosos com 60 anos ou mais. O estudo objetivou analisar as tendências de produções científicas na área da enfermagem entre os anos de 2009 a 2014 sobre cuidados na atenção da saúde de idosos (as) com diabetes mellitus. Estudo aplicado, descritivo, exploratório de revisão da literatura científica disponibilizada nas bases Scientific Electronic Library Online e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, utilizando-se os descritores: “Diabetes Mellitus” and “idosos” and “enfermagem”, obtendo-se 14 artigos disponíveis e publicados entre 2009 e 2014. Observou-se que o ano de 2012 obteve o maior número de trabalhos publicados. As temáticas mais abordadas foram: Enfermagem na educação de Pacientes Idosos Diabéticos; Cuidados com os pés; Importância dos Familiares no Cuidado do Idoso com Diabetes Mellitus; Depressão em idosos com Diabetes tipo 2. Ao se abordar a saúde de idosos é importante destacar o impacto do diabetes mellitus na vida deste grupo populacional. Existe a necessidade da participação de todos os profissionais no rastreamento e acompanhamento desses indivíduos, realizando atividades educativas para a promoção da saúde e a mudança de hábitos de vida, alimentares e cuidados com o surgimento de complicações. Destaca-se o papel da enfermagem, pois esta é responsável por capacitar e supervisionar as atividades da sua equipe, bem como orientar os pacientes sobre a importância do autocuidado.

Introdução

O *Diabetes Mellitus* (DM) é um conjunto de anormalidades endócrino-metabólicas, que é caracterizada por uma deficiência absoluta do hormônio insulina ou relativa quando sua secreção pelo pâncreas é deficiente e/ou por uma ação insuficiente do hormônio nos tecidos alvos (RIBEIRO; ROCHA; POPIM, 2010).

Sua prevalência vem aumentando de forma expressiva na população brasileira, em especial o tipo 2. Estima-se atualmente uma epidemia, resultante do envelhecimento da população; entretanto, o sedentarismo, modificações nos padrões dietéticos e a obesidade também são causadores da expansão global do diabetes (SCHMIDT, 2012).

O DM é um problema de saúde pública, afetando em torno de 246 milhões de pessoas em todo o mundo. Até 2025, é previsto que esse número chegue a 380 milhões. No Brasil, em 2006, existiam cerca de seis milhões de portadores, e as estimativas indicavam o alcance de dez milhões de pessoas no ano de 2010 (ARRUDA; SILVA, 2012).

Conforme Teixeira (2011) o diabetes tem sido considerado um relevante problema de saúde pública na atualidade, devido as suas elevadas taxas de mortalidade e morbidade e por acarretar altíssimos custos no controle e no tratamento de suas complicações. O controle inadequado do diabetes representa ameaça ao longo da vida do paciente, pois favorece o risco aumentado de complicações inerentes à doença sendo altamente incapacitante, modificando as rotinas diárias, comprometendo assim a qualidade de vida.

Diante do exposto, o estudo objetivou analisar as tendências de produções científicas na área da enfermagem entre os anos de 2009 a 2014 sobre cuidados na atenção da saúde de idosos (as) com diabetes mellitus.

Metodologia

Trata-se uma pesquisa aplicada, descritiva, exploratória, qualitativa e bibliográfica.

O estudo foi realizado a partir da pesquisa on-line em bases de dados indexados, a saber: SCIELO e LILACS. Para triagem inicial dos documentos disponíveis foram utilizados Descritores em Ciências da Saúde (DECS) acompanhados dos operadores booleanos: Diabetes Mellitus *and* idosos *and* enfermagem. A coleta de dados ocorreu durante o mês de agosto de 2014.

A partir da busca inicial selecionaram-se 27 artigos disponíveis em texto completo, escritos em língua portuguesa entre os anos de 2009 e 2014; todavia, após leitura flutuante e posteriormente direcionada, constituíram a amostra 14 destes documentos, eleitos a partir da identificação com o objeto do estudo e possibilidade de interlocução com o objetivo da pesquisa.

Para responder a pergunta inicial do protocolo de revisão dos artigos (Qual a tendência de produções científicas na área da enfermagem entre os anos de 2009 a 2014 sobre cuidados na atenção da saúde de idosos (as) com diabetes mellitus?), estes foram organizados descritivamente, e suas variáveis (abordagem do estudo, sujeito, ano, cenário de pesquisa, região de publicação e temáticas abordadas) analisadas a partir da inferência descritivo-analítica, com base na literatura pertinente.

Resultados e Discussão

Os resultados denotam na tabela 01 que 28,5% dos estudos são descritivos; a semelhança 28,5% qualitativos e 7,2% estudos Quanti /Qualitativos. Nota-se que a abordagem quantitativa não foi encontrada em nenhum dos artigos analisados e que 35,8% dos artigos não tinham informações quanto à abordagem do estudo.

Dos artigos apresentados, verificou-se o maior percentual de pesquisas realizadas no âmbito das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), cerca de 35,8%. Fato que pode ser atribuído a maior proximidade e desenvolvimento de vínculos entre o profissional, o indivíduo e a família, facilitando a identificação, tratamento e acompanhamento dos agravos de saúde (OLIVEIRA; ZANETTI, 2011). Em segundo lugar citam-se as pesquisas realizadas em instituições hospitalares representando 28,5%; e nos domicílios foram encontrados 7,2% dos trabalhos.

Referindo-se as regiões geográficas em que foram realizadas as pesquisas, a região sudeste 57,2% apresenta um maior número de trabalhos publicados, seguida da região sul 14,2%. Enquanto as regiões, Nordeste e Centro-oeste foram representados por 7,2%, na região norte não foi encontrada nenhum trabalho publicado.

Tabela 1-Distribuição dos artigos publicados na LILACS e SCIELO-2009 a 2014 sobre DM.

Características	n	%
Abordagem		
Descritiva	4	28,5
Qualitativa	4	28,5
Quantitativa	0	0
Quanti /Quali	1	7,2
Não Informado	5	35,8
Total	14	100
Cenário		
Instituições Hospitalares	4	28,5
UBSF	5	35,8
Domicilio	1	7,2
Não Informado	4	28,5
Total	14	100
Região		
Norte	0	0
Nordeste	1	7,2
Centro Oeste	1	7,2
Sul	2	14,2
Sudeste	8	57,2
Não informado	2	14,2
Total	14	100
Autor		
Docente	2	8,4
Discente de graduação	4	16,5
Discente de mestrado/doutorado	6	25,0
Outros profissionais	2	8,4
Enfermeiras(os)	7	29,2
Não informado	3	12,5
	24	100

Total

FONTE: Dados da Pesquisa, 2014

Quanto à autoria dos artigos 29,2% foram elaborados por enfermeiros; 8,4% docentes e 25% discente de mestrado/doutorado e outros profissionais, não foram especificadas a autoria em 8,4% da amostra.

Com relação à distribuição dos artigos ao longo dos anos pesquisados, constatou-se que o ano de 2012 deteve o maior número de trabalhos publicados 28,5%.

Tabela 2 – Distribuição dos artigos publicados sobre a temática abordada. LILACS e SCIELO-2009 a 2014.

Temática	n	%
A importância dos familiares no cuidado do idoso com DM tipo 2	3	21,5
Cuidados com os pés	4	28,5
A enfermagem na educação de pacientes idosos diabéticos	6	42,8
Depressão em idosos com DM tipo 2	1	7,2
Total	14	100

FONTE: Dados da Pesquisa, 2014

Com relação à Atuação de Enfermagem na educação de Pacientes Idosos Diabéticos (42,8%), nota-se que o DM causa impacto significativo na saúde deste grupo populacional, e que o idoso, em especial, necessita ser acompanhado pelos profissionais de saúde. É fundamental que os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, direcionem sua prática profissional para ações que levem à autonomia e à qualidade de vida aos idosos. A assistência a saúde realizada por enfermeiras a pessoas com DM, devem contemplar a escuta e o diálogo, sobretudo, além dos aspectos crônicos de saúde, envolvendo a subjetividade, expressa nos sentimentos e palavras do paciente (ARRUDA; SILVA, 2012).

No que se refere ao cuidado com os pés acentua-se que a maioria dos pacientes conhece a doença, o uso adequado dos medicamentos, as principais complicações que podem ocorrer nos pés, porém observamos que mesmo conhecendo as práticas de autocuidado, os pacientes não apresentam condições satisfatórias para o controle da doença e prevenção de complicações nos pés (GACK GHELMAN et al., 2009).

A temática A Importância dos Familiares no Cuidado do Idoso com Diabetes Mellitus tipo 2 obteve um considerável percentual de pesquisa 21,5%. Através da estratégia da educação em saúde pode-se auxiliar o indivíduo e a família a entender a doença, motivando-as a participar de forma ativa no seu tratamento

A Depressão em idosos com DM tipo 2, retratou 7,2% dos estudos, Segundo SASS et al., 2012, os profissionais de saúde devem saber identificar e valorizar os sinais e sintomas depressivos entre idosos, pois estes podem ou não ser aparentes e variam de acordo com o sexo, escolaridade, características socioeconômicas, condições de saúde, fatores cognitivos, entre outros.

Conclusão

Ao abordar a saúde de idosos é importante destacar o impacto do DM na saúde deste grupo populacional, é necessária a participação de todos os profissionais atuando sinergicamente no rastreamento e acompanhamento desses indivíduos. Um bom trabalho coletivo requer compromisso, ética e responsabilidade individual e de toda a equipe.

Verificou-se o maior uso das abordagens descritivas e qualitativas. O crescente percentual de pesquisas nas UBSF, reflete o cenário propício para o estabelecimento do vínculo entre o profissional, o indivíduo e a família, facilitando a identificação precoce e tratamento dos agravos de saúde. Houve maior valorização da região sudeste, necessitando de um apuramento maior para investigar a tendência encontrada.

As temáticas predominantes foram A importância dos familiares no cuidado do idoso com DM tipo 2; Cuidados com os pés; Depressão em idosos com DM tipo 2 e A enfermagem na educação de pacientes idosos. Destaca-se o papel da enfermagem, pois esta é responsável por capacitar e supervisionar as atividades da sua equipe, orientar os pacientes sobre a importância da auto monitorização dos níveis glicêmicos, técnicas de aplicação de insulina e seus efeitos, planejar ou modificar as ações em saúde, entre outras atividades.

Referências

ARRUDA, Cecilia; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 5, Oct. 2012.

GACK GHELMAN, L.; SOUZA, M.H. do N.; MACHADO TINOCO FEITOSA ROSAS, A.M.. Conhecimento de portadores de diabetes mellitus atendidos em uma unidade básica de saúde, quanto às práticas de auto-cuidado com pés. **Enferm. glob.**, Murcia, n. 17, out. 2009.

MATSUMOTO, Pamela Miwa et al. A educação em saúde no cuidado de usuários do Programa Automonitoramento Glicêmico. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, June 2012.

OLIVEIRA, Kelli Cristina Silva de e ZANETTI, Maria Lúcia. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um serviço de atenção básica à saúde. **Rev. esc. enferm. USP**[online]. 2011, vol.45, n.4, pp. 862-868. ISSN 0080-6234.

RIBEIRO, Jane Patrícia; ROCHA, Suelen Alves; POPIM, Regina Célia. Compreendendo o significado de qualidade de vida segundo idosos portadores de diabetes mellitus tipo II. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, Dec. 2010.

SASS, Arethusa et al. Depressão em idosos inscritos no Programa de Controle de hipertensão arterial e diabetes mellitus. **Acta paul. enferm.** [online]. 2012, vol.25, n.1, pp. 80-85. ISSN 0103-2100.

SCHMIDT, Maria Ines et al . Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 2012.

SILVA, Laís Mara Caetano da et al . Aposentados com diabetes tipo 2 na Saúde da Família em Ribeirão Preto, São Paulo - Brasil. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, June 2010.

TEIXEIRA, Carla Regina de Souza et al . Validação de intervenções de enfermagem em pessoas com diabetes mellitus. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, mar. 2011.

Agradecimentos

NÃO SE APLICA.

PROGRAMA NACIONAL DE TRIAGEM NEONATAL: DESAFIOS PARA A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

Autor 1 – Raila Souto Pinto Menezes – Universidade Estadual Vale do Acaraú

Autor 2 – Maria Adelane Monteiro da Silva -Universidade Estadual Vale do Acaraú

Estratégia saúde da família. Triagem neonatal. Unidade Básica de Saúde

Resumo

Introdução:A participação da Estratégia Saúde da Família no Programa Nacional de Triagem Neonatal – PNTN é uma realidade no cenário nacional. A condução das ações exigidas pelo programa gera desafios na atuação dos profissionais de saúde inseridos nesse contexto. **Objetivo:** Refletir sobre os desafios da equipe de saúde da família para atuação no PNTN. **Metodologia:** Trata-se de um estudo reflexivo o qual faz parte da pesquisa “Programa Nacional de Triagem Neonatal: avaliação das unidades de coleta inseridas nos Centros de Saúde da Família da sede do município de Sobral-CE no ano de 2012”, referente à dissertação do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família- RENASF/UVA, desenvolvido durante o período de julho a agosto de 2013. **Resultados e discussões:** A inserção das equipes de saúde da família no PNTN é oportuna principalmente pela proximidade dessas equipes com a comunidade, permitindo o acesso ao teste e acompanhamento dos casos detectados. Nas ações do programa desenvolvidas, os profissionais da enfermagem têm assumido maior parte das responsabilidades, executando atividades desde a gerência até assistência direta aos usuários. A necessidade de articulação de conhecimentos sobre genética até então comuns em outros domínios, impõe desafios para os profissionais de saúde inseridos na atenção básica. **Conclusão:** A atuação da equipe de saúde da família no PNTN vem reafirmando-se como significativo no cenário nacional, e em decorrência disso, traz para os mesmos desafios como a necessidade de educação permanente de forma a contribuir no alcance dos objetivos propostos pelo programa garantindo assistência de qualidade.

Introdução

A Triagem Neonatal no Brasil vem ganhando importância desde sua incorporação ao Sistema Único de Saúde por meio da Portaria GM/MS n.o 22, de 15 de janeiro de 1992, determinando a obrigatoriedade do teste para diagnóstico de Fenilcetonúria e Hipotireoidismo Congênito em todos os recém-nascidos vivos. No ano de 2001, o Ministério da Saúde reavaliou a Triagem Neonatal realizada pelo SUS, e publicou a Portaria GM/MS n.o 822, de 6 de junho de 2001 criando o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) (BRASIL, 2004). Dentre os principais objetivos do programa, destacam-se, a busca da cobertura de 100% dos nascidos vivos e que o processo de Triagem Neonatal envolva várias etapas, como a realização do exame laboratorial, a busca ativa dos casos suspeitos, a confirmação diagnóstica, o tratamento e o acompanhamento multidisciplinar especializado dos pacientes (BRASIL, 2004).

Em virtude dos diferentes níveis de organização das redes assistenciais, esse Programa vem sendo implantado em quatro fases por meio do “Teste do Pezinho”: Fase I (fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito); Fase II (doenças falciformes e outras hemoglobinopatias); Fase III (fibrose cística) e Fase IV (Hiperplasia Adrenal Congênita e Deficiência de Biotinidase) (BRASIL, 2012a).

O Teste do Pezinho é uma ação preventiva que permite fazer o diagnóstico de doenças a tempo de se interferir na evolução delas, por meio do tratamento precoce específico, permitindo a diminuição ou a eliminação das seqüelas a elas associadas (BRASIL, 2012a). É realizado nas unidades coletoras vinculadas ao programa, dentre estas, as que se encontram inseridas na Atenção Básica (AB).

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2007). Em decorrência disso, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem seus processos guiados pelos mesmos princípios que regem a AB: universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2012b). Todos esses princípios estão diretamente relacionados com a inserção do PNTN nesse nível de atenção. A garantia do acesso somada a construção de vínculo, são princípios primordiais para a prestação do cuidado de forma contínua aproximando cada vez mais profissionais de saúde e usuários.

Esta inserção é oportuna principalmente pela proximidade das equipes de saúde da família com a comunidade, permitindo que orientações sobre o teste, ocorram em todo o ciclo gravídico - puerperal, oportunizando a realização da coleta nos primeiros dias de vida da criança, seja na orientação aos cuidados na puericultura na unidade de saúde ou na visita puerperal.

A participação da ESF no PNTN é uma realidade no cenário nacional, reforçada em 2005 com a Portaria Ministerial Nº1391, que traz responsabilidades para a atenção básica com a assistência aos pacientes com doenças falciforme, um dos agravos detectados no Teste do Pezinho e através do Informe da Atenção Básica nº 58 que atribui às unidades básicas de saúde a realização do teste do pezinho (BRASIL, 2010; KIKUCH, 2007). Em 2006 durante oficina realizada com representações do programa nos estados e municípios de todo o país, foram identificadas algumas dificuldades, dentre elas: carência de recursos humanos, preenchimento incorreto na identificação, demora na entrega de resultados, postos de coleta insuficientes, baixa adesão na coleta da 1.^a semana e baixa cobertura do PNTN. Para tanto, uma das soluções apontadas para estas questões foi à necessidade de capacitação e envolvimento dos profissionais inseridos na ESF em decorrência dos mesmos serem os responsáveis diretos pelas unidades de coleta inseridas na ESF (BRASIL, 2006).

Todas essas mudanças trazem para as equipes de saúde da família desafios, ocasionando aos profissionais ali inseridos, a necessidade de refletirem sobre suas ações, pois agora eles passam a garantir atenção a agravos até então exclusivos da medicina especializada, predominantemente preenchida por terminologias complexas e que diz respeito às enfermidades menos prevalentes em saúde pública (GOLDBECK, 2006). O objetivo do presente estudo é refletir sobre os desafios da equipe de saúde da família para atuação no PNTN.

Metodologia

Trata-se de um estudo reflexivo, desenvolvido durante o período de julho a agosto de 2013, o qual faz parte da pesquisa intitulada “Programa Nacional de Triagem Neonatal: avaliação das unidades de coleta inseridas nos Centros de Saúde da Família da sede do município de Sobral-CE no ano de 2012”, referente à dissertação do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família-RENASF/UVA.

Resultados e Discussão

A Portaria Ministerial nº 1391/2005 ampliou o compromisso da ESF com o PNTN para além da coleta do Teste do Pezinho, agora os profissionais dessas equipes assumem também o compromisso de fornecer orientação genética sobre a doença falciforme, comunicar o diagnóstico aos familiares mais diretos, como o pai, mãe e irmãos/irmãs e encaminhar os casos detectados para um serviço de referência garantindo o acompanhamento pelos profissionais da Atenção Primária/Saúde da Família. O Ministério da Saúde afirma ainda que os retornos ao serviço de referência devam ser definidos pelo próprio serviço que faz esse acompanhamento ou pelos profissionais da Atenção Primária sempre que estes acharem adequado (BRASIL, 2010). Assim, percebe-se que o cuidado prestado por esses profissionais deve permear todas as etapas que compõem o programa, fortalecendo a integralidade na atenção.

O acompanhamento no ciclo gravídico-puerperal por parte dos profissionais inseridos nas equipes de saúde da família é um momento oportuno para fornecer informações e orientar acerca do PNTN. É possível esclarecer da importância do mesmo como diagnóstico de doenças graves e em relação ao tratamento assegurado no serviço público de saúde. Assegurar essas informações a clientela seria garantir um dos princípios básicos da atenção básica que é a acessibilidade, mas especificamente ao caso, a acessibilidade cultural.

Nas ações do programa desenvolvidas na ESF, os profissionais da enfermagem têm assumido maior parte das responsabilidades, executando atividades desde a gerência até a assistência direta aos usuários. Estudos vêm destacando o papel da enfermagem na atenção básica com relação à importante função no Programa Nacional de Triagem Neonatal, por meio de orientação familiar, coleta precisa dos dados familiares, coleta do exame, acondicionamento adequado e envio seguro ao laboratório de referência. Exerce inclusive um importante papel no pré-natal, orientando as mulheres na compreensão das doenças detectadas por meio do “teste do pezinho” e sobre a importância do tratamento precoce em caso de resultado positivo para doença falciforme ou outras detectadas pelo teste (KIKUCH, 2007; GOLDBECK, 2006).

O envolvimento de outros profissionais da ESF, na orientação de pais e portadores das doenças inseridas no PNTN é sugerido por Domingos (2010), quando destaca a atuação do agente comunitário, na perspectiva de que esses profissionais deveriam ter garantido formação profissional e educação continuada adequadas para a ação nos casos identificados. Essas ações permitem uma melhor abordagem às famílias portadoras e reforçam um dos princípios do Programa Nacional de Triagem Neonatal no Brasil, que é a constante capacitação profissional como parte do processo educacional respeitando as diferenças regionais e socioculturais de nosso país.

De acordo o Ministério da Saúde é percebido também, pelos próprios envolvidos na coordenação e execução da triagem neonatal nos estados, a necessidade de processos mais ampliados de capacitação, que vai além dos processos de coleta, envolvendo inclusive os gestores municipais (NUPAD, 2013).

Na prática, a triagem neonatal trouxe para a saúde pública, em larga escala, a necessidade de articulação de conhecimentos sobre genética até então comuns em outros domínios, impondo desafios para os profissionais de saúde inseridos na atenção básica (GOLDBECK, 2006).

Conclusão

O papel da equipe de saúde da família no Programa Nacional de Triagem Neonatal vem reafirmando-se como significativo no cenário nacional, através do grau de comprometimento desses profissionais em todo o seu processo, desde a sensibilização da importância do teste e coleta em tempo oportuno até o acompanhamento dos casos em tratamento e apoio às famílias.

Um dos desafios exigidos pelo PNTN é o conhecimento sobre genética até então restrito aos serviços especializados, trazendo para os profissionais e gestores da estratégia saúde da família envolvidos, a necessidade de educação permanente de forma a continuar contribuindo no alcance dos objetivos propostos pelo programa.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe da Atenção Básica Nº 58** - Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Básica – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, ano X, maio/junho de 2010.
- _____. **Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação- Geral de Atenção Especializada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. **Política Nacional da Atenção Básica** - Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Básica – 4. Ed. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.
- _____. **Política Nacional da Atenção Básica** - Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Básica – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012b.
- _____. **Programa nacional de Triagem Neonatal: Nota Informativa**. novembro /2012a. Disponível em<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2a_221112.pdf>. Acesso em: 04.02.2013.
- _____. **Programa nacional de Triagem Neonatal: oficinas regionais de qualificação da gestão**-Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Especializada – Brasília: Editora do ministério da Saúde, 2006.
- DOMINGOS, Claudia R. Bonini - Programa de Triagem Neonatal de Hemoglobinopatias- uma reflexão- **Rev. Bras. Hematol. Hemoterapia**, São Paulo, vol.32, no. 2, São Paulo, 2010.
- GOLDBECK, Ana Stela. **A Triagem Neonatal (Teste do Pezinho) na Rede de Atenção Básica em Saúde do Rio Grande do Sul: representações sociais e qualificação do processo comunicacional** / Monografia (Especialização)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre: 2006.
- KIKUCHI, Berenice A. Assistência de enfermagem na doença falciforme nos serviços de atenção básica. **Rev. Bras. Hematol. Hemoterapia**, São José do Rio Preto, vol.29, no. 3 July/Sept. 2007.
- NUPAD, Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico- **Diagnóstico Situacional do Programa Nacional de Triagem Neonatal nos estados brasileiros: relatório técnico / Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico – NUPAD**. Belo Horizonte: NUPAD, 2013.

Agradecimentos

Agradeço a Profª Dra Maria Adelane Monteiro da Silva pelas suas contribuições, sua disponibilidade e carinho para com este estudo.

PROGRAMA NACIONAL DE TRIAGEM NEONATAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Autor 1 – Raila Souto Pinto Menezes- Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) /railasouto@hotmail.com

Autor 2 – Amanda Akemi Ribeiro Naka - Acadêmica de Enfermagem/UVA

Autor 3 – Jamila Davi Mendes – Acadêmica de Enfermagem/UVA

Autor 4 – Mayara Nascimento de Vasconcelos - Acadêmica de Enfermagem / UVA

Autor 5 – Maria Adelane Monteiro da Silva - Docente do curso de Enfermagem/UVA

Palavras-chave: Triagem Neonatal. Educação em saúde. Enfermagem

Resumo

Introdução: O Programa Nacional de Triagem Neonatal- PNTN vem reafirmando-se nas ações de atenção à saúde desenvolvidas em todo o país. Portanto, a discussão acerca deste programa faz-se necessária não somente entre os profissionais inseridos nos serviços de saúde como também entre os que se encontram em formação nas instituições de ensino superior. **Objetivo:** Descrever a experiência de uma prática educativa acerca do PNTN junto a acadêmicos do curso de enfermagem. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência de uma oficina sobre o PNTN desenvolvida no mês de junho de 2014 no curso de enfermagem da UVA. Contou com a participação de 27 acadêmicos do 4º período matriculados no módulo de Gravidez, Nascimento e Desenvolvimento Infantil. Foi aplicado junto aos mesmos um instrumento de pré- teste e pós-teste para analisar os conhecimentos dos mesmos antes e após exposição dialogada sobre a temática respectivamente. **Resultados e discussão:** Observou-se que os alunos apresentaram conhecimento superficial e distorcido sobre a temática. Após aplicação do pós-teste a maioria desses alunos revelou conhecimento mais aprofundado sobre o PNTN, principalmente relacionado às ações realizadas no momento da coleta. **Conclusão:** A experiência vivenciada por facilitadores e acadêmicos abordando o PNTN foi significativa por despertar nos discentes o interesse pela temática e o conhecimento a cerca da sua importância. Reforçou também que o desenvolvimento de práticas educativas a cerca dessa temática precisam ser contínuas de forma oportunizar a formação de profissionais capacitados que possam contribuir na melhoria da qualidade do programa no país.

Introdução

A Triagem Neonatal no Brasil é popularmente conhecida como Teste do Pezinho, devido o teste ser feito a partir de gotas de sangue colhidas do calcanhar do recém-nascido. A partir da criação do Programa Nacional de Triagem Neonatal – PNTN em 2001, o teste do pezinho, passou a ser obrigatório no país, e é apenas a primeira etapa de qualquer programa de triagem neonatal (BRASIL, 2012).

São etapas do Programa Nacional de Triagem Neonatal: Coleta das amostras em papel filtro na Rede: Hospitais/Maternidades e/ou Postos de Saúde; Exames de triagem em Laboratórios dos Serviços de Referência em Triagem Neonatal (SRTN) credenciados; Busca Ativa dos casos suspeitos para realização de exames confirmatórios; Busca Ativa de pacientes para consulta de orientação/atendimento/acompanhamento em SRTN credenciados (BRASIL, 2004).

A coleta de amostras em papel filtro é realizada em todo o país nas unidades de saúde dentre elas as inseridas na Atenção Básica. Na coleta do Teste do Pezinho desenvolvida principalmente na Atenção Básica, os profissionais da enfermagem têm assumido a maior parte das responsabilidades, executando atividades desde a gerência até a assistência direta aos usuários.

Estudos vêm destacando o papel da enfermagem na atenção básica como importante e intransferível com relação às ações no Programa Nacional de Triagem Neonatal. Isso por ser o profissional de enfermagem quem mais tem contato com a clientela alvo que são a mãe e o recém nato por meio de orientação familiar, coleta precisa dos dados familiares, coleta do exame, acondicionamento adequado e envio seguro das amostras ao laboratório de referência. Exerce inclusive um importante papel no pré-natal, orientando as mulheres na compreensão das doenças detectadas por meio do "teste do pezinho" e sobre a importância do tratamento precoce em caso de resultado positivo para doença falciforme ou outras detectadas pelo teste, (SILVA et al, 2003; KIKUCHI, 2007; GOLDEBEK, 2006).

Porém, algumas dificuldades vêm sendo identificadas na obtenção de amostras satisfatórias podendo estar relacionado à técnica no momento da coleta das mesmas. Dificuldades na execução da técnica de coleta e armazenamento das amostras podem estar relacionadas à falta de treinamento técnico, ao desconhecimento da importância pelo profissional que realiza a coleta das amostras e à alta rotatividade de profissionais (MENEZES et al, 2013).

Para tanto, faz-se necessária a formação adequada desses profissionais de forma a garantir uma atenção qualificada dando subsídios aos mesmos realizar um cuidado de excelência a sua clientela. Essas considerações são reforçadas por Domingos (2010) onde sinaliza a necessidade de se tornar garantidas formação profissional e educação continuada adequadas para contribuir com as ações junto aos casos identificados. Essas ações permitem uma melhor abordagem às famílias portadoras e reforçam um dos princípios do Programa Nacional de Triagem Neonatal no Brasil, que é a constante capacitação profissional como parte do processo educacional respeitando as diferenças regionais e socioculturais de nosso país.

Nesse sentido, configurou-se como importante discutir as ações executadas no PNTN, a partir das atividades de ensino desenvolvidas na própria Instituição formadora. Para tanto, este estudo teve como objetivo descrever a experiência de uma prática educativa acerca do PNTN junto a acadêmicos do curso de enfermagem.

Metodologia

Esse estudo trata-se de um relato de experiência o qual descreve uma oficina sobre o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN). O cenário do estudo foi o Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual Vale do Acaraú, localizada no município de Sobral – CE. Aconteceu no período de junho de 2014. O universo foi composto por 27 acadêmicos devidamente matriculados no 4º período do curso de enfermagem os quais cursavam o módulo Gravidez, Nascimento e Desenvolvimento Infantil.

A realização da oficina ocorreu em dois momentos: teórico e prático. O momento teórico foi composto por cinco etapas: 1) Acolhimento: realização de uma dinâmica, denominada Dinâmica das Mãos, que teve como intuito “quebrar o gelo” com os participantes da oficina, permitindo uma maior aproximação dos acadêmicos e facilitadores. 2) Aplicação do Pré- Teste para identificação do conhecimento prévio dos alunos sobre o assunto que iria ser abordado constituído por três perguntas: Qual a finalidade do Teste de Triagem Neonatal? Qual o período ideal para a coleta do Teste de Triagem Neonatal? e Quais as principais orientações que devem ser fornecidas para os pais no momento da realização do teste?). 3) Exposição Dialogada: nessa etapa foi realizada discussão sobre o

PNTN esclarecendo sua importância, a partir de seus objetivos, organização e os procedimentos técnicos na realização do Teste do Pezinho; 4) Aplicação do Pós-Teste: é o mesmo pré-teste aplicado na segunda etapa, com a finalidade de verificar os conhecimentos adquiridos pelos alunos após a exposição da temática pelos facilitadores. 5) Divisão dos participantes: foi necessário dividir os acadêmicos para que fosse realizado o momento prático no Laboratório de Anatomia do CCS.

O segundo momento teve início a partir da divisão em grupos para que fosse realizada por cada grupo uma simulação do atendimento à criança na unidade de coleta do teste do pezinho. Para isso foi disponibilizado todo o recurso material necessário à realização do teste. Ao final da simulação era solicitada a outra equipe que fizesse uma avaliação da simulação apontando as fragilidades e potencialidades observadas na simulação apresentada. Ao final de todas as apresentações foi solicitado aos acadêmicos uma avaliação sobre a atividade realizada.

Os resultados das respostas do pré e pós teste foram organizadas e analisadas em categorias de acordo com as temáticas evidenciadas nos registros dos testes. Em respeito ao anonimato dos participantes os relatos estão identificados em códigos alfanuméricos: Respostas aos pré-testes (Pré-1, Pré-2.... Pré-27) e as respostas aos pós-testes (Pós-1, Pós -2.... Pós - 27).

Resultados e Discussão

A organização das informações contidas nas respostas aos testes permitiu a construção de 3 categorias: **Finalidade do teste do pezinho; Período ideal para realização do teste do pezinho e Orientações eu devem ser fornecidas aos familiares no momento do teste.**

Finalidade do Teste do pezinho

O Teste do Pezinho é uma ação preventiva que permite fazer o diagnóstico de doenças a tempo de se interferir na evolução delas, por meio do tratamento precoce específico, permitindo a diminuição ou a eliminação das seqüelas a elas associadas (BRASIL, 2012).

As respostas obtidas no pré-teste revelaram um conhecimento superficial e isento de informações essenciais para serem transmitidas no momento do teste. Como podemos verificar na fala de alguns alunos:

“Detectar doenças ainda na fase neonatal para que possam ser evitadas e corrigidas.” (Pré-2)

“Prevenção de possíveis doenças que o RN venha apresentar.” (Pré-11)

“Identificar algumas doenças.” (Pré-22)

Após a exposição dialogada sobre a temática o pós-teste, apresentou respostas mais elaboradas, contendo maiores informações sobre o teste, as doenças detectadas por ele e reconhecimento da necessidade do diagnóstico precoce, revelando o aproveitamento da aula ministrada e da elucidação das dúvidas surgidas no seu decorrer. As falas a seguir ilustram estes conhecimentos.

“Reconhecer precocemente doenças como fenilcetonúria, hipotireoidismo, fibrose cística, deficiência de biotinidase, síndrome adrenal congênita, doenças falciformes e outras hemoglobinopatias.” (Pós- 8)

“Detectar doenças precocemente para que sejam logo tratadas, assim, garantindo uma melhor qualidade de vida.” (Pós-14)

“Diagnosticar de forma precoce as doenças listadas no PNTN para, se confirmada, iniciar tratamento e acompanhamento.” (Pós- 25)

Período ideal para realização do teste do pezinho

Durante a oficina foi possível perceber que os alunos tinham um conhecimento superficial sobre o assunto abordado, podendo isto ser evidenciado pelas falas a seguir, quando se perguntou qual o período ideal para a realização do teste do pezinho no pré-teste.

“O mais próximo do nascimento.” (Pré- 5)

“Até 3 meses de idade.” (Pré- 15)

“Até 24h após parto.” (Pré- 20)

Podemos observar que os mesmos possuem conhecimento limitado quanto ao período ideal para realização do teste do pezinho. Segundo o Ministério da Saúde, a unidade coletora deverá assumir o compromisso de que a coleta ocorrerá nos primeiros 30 dias de vida do bebê, preferencialmente na 1ª semana, pois atraso no momento da coleta poderá acarretar diagnósticos tardios minimizando a prevenção de seqüelas graves na criança (BRASIL, 2004).

Já no pós-teste, podemos perceber que a maioria dos alunos absorveu as informações corretamente, apesar de que alguns alunos ainda mantinham uma visão distorcida a respeito do momento ideal para coleta.

“É ideal a partir do 3º dia de vida e poderá ser realizado até 1 mês. É recomendado ser precoce para que o RN possa ser acompanhado e tratado com êxito.” (Pós- 4)

“Às 48h após o parto. Ideal de 3 a 7 dias de vida. Até 30 dias. E caso de transfusão sanguínea, 90 dias.” (Pós- 11)

“O ideal é que seja nas primeiras horas de vida até o 7º dia.” (Pós- 24)

É importante que o teste seja feito dentro do tempo suficiente para que ocorra o acúmulo do metabólico específico no sangue, mas sem ultrapassar o tempo máximo em que é possível se evitar complicações decorrentes de um início tardio do tratamento. Para a triagem da Fenilcetonúria, também se deve esperar pelo menos 48 horas de vida da criança, quando ela já recebeu leite suficiente para que haja acúmulo de fenilalanina no sangue, caso seja afetada (BRASIL, 2004; MAGALHÃES et al 2009).

Orientações que devem ser fornecidas aos familiares no momento do teste

As respostas no pré-teste sugerem fragilidades com relação ao conhecimento dessas orientações.

“O teste do pezinho é útil para detecção de doenças e de como podem ser tratadas e evitadas. Que quanto mais cedo for feito, melhor. É mais fácil e tempo hábil para detecção.” (Pré- 9)

“Manter o bebê quieto para a coleta.” (Pré- 13)

“Explicar que o teste é importante, pois pode prevenir algumas intercorrências que virão afetar seu filho.” (Pré- 21)

Já no pós-teste, pode-se observar que os alunos absorveram muito bem as informações repassadas na oficina, através dos discursos deles, acrescentando informações mais detalhadas no pós-teste, sobre que orientações fornecerem aos pais no momento da realização deste exame.

“Que o teste do pezinho é de suma importância para a detecção e tratamento prévio de doenças e diminuição dos prejuízos da criança.” (Pós- 9)

“A importância do teste como será realizado e orientações para o mesmo.” (Pós- 25)

“Que a mãe mantenha a criança na posição adequada e ajude na realização do mesmo” (Pós 16)

Os alunos citaram a importância de orientações aos pais sobre o teste do pezinho, como uma forma de uma ação preventiva, sendo a triagem neonatal um tipo de medida preventiva, o profissional de saúde deve atentar para orientações no que diz respeito à finalidade do exame. Além da legislação que garante o direito da realização da triagem neonatal a todas as crianças nascidas em território

brasileiro, é fundamental o esclarecimento dos pais, uma vez que estes são elementos chaves na satisfação das necessidades infantis. Esta sensibilização pode ser realizada tanto durante o pré-natal, quanto na maternidade, ou na ocasião em que os pais comparecerem com os filhos às unidades básicas de saúde (AMORIM & SOUZA, 2010).

De acordo com o segundo momento, pôde-se verificar através da simulação do Teste do Pezinho pelos alunos o aprendizado adquirido, pois abordaram a assistência desde o momento do acolhimento à família que acompanhava o bebê até as técnicas adequadas para a realização do teste e disponibilização de informações. Os mesmos foram capazes de julgar cada apresentação feita pelos colegas, apontando equívocos ou reforçando pontos positivos.

No momento da avaliação da oficina os acadêmicos mostraram-se satisfeitos com os novos conhecimentos adquiridos e principalmente relataram que desconheciam a importância e a complexidade que são as ações executadas no programa principalmente aquelas realizadas no momento da coleta. Enfocaram também que a oportunidade em conciliar a teoria e a prática, o que tornou o momento dinâmico, proporcionando um melhor aprendizado.

Conclusão

A experiência vivenciada por facilitadores e acadêmicos abordando o PNTN foi significativa por despertar nos discentes o interesse pela temática e o conhecimento acerca da sua práxis.

Reforçou também que o desenvolvimento de práticas educativas relacionadas a essa temática precisam ser contínuas, de forma a oportunizar a formação de profissionais capacitados e conscientes de seu papel na triagem neonatal e conseqüentemente na melhoria na saúde das crianças, minimizado as taxas de morbimortalidade entre elas no país.

Referências

AMORIM, Jaqueline Fendler de; SOUZA, Maria Helena do Nascimento. Conhecimento das mães acerca da triagem neonatal. **Rev. enferm. UERJ**; 13(1): 27-31, jan.-abr. 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de normas técnicas e rotinas operacionais do programa nacional de triagem neonatal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – 2. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Programa nacional de Triagem Neonatal: Nota Informativa.** novembro /2012. Disponível em<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2a_221112.pdf>. Acesso em: 04.07.2014.

DOMINGOS, Claudia R. Bonini - Programa de Triagem Neonatal de Hemoglobinopatias- uma reflexão- **Rev. Bras. Hematol. Hemoterapia**, São Paulo, vol.32, no. 2, São Paulo, 2010.

GOLDBECK, Ana Stela. **A Triagem Neonatal (Teste do Pezinho) na Rede de Atenção Básica em Saúde do Rio Grande do Sul: representações sociais e qualificação do processo comunicacional** / Monografia (Especialização)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre: 2006.

KIKUCHI, Berenice A. Assistência de enfermagem na doença falciforme nos serviços de atenção básica. **Rev. Bras. Hematol. Hemoterapia**, São José do Rio Preto, vol.29, no. 3 July/Sept. 2007.

MAGALHÃES, PKR et al. Programa de Triagem Neonatal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(2): 445-454, fev, 2009.

MENEZES, RSP et al. **Análise da Triagem Neonatal no município de Sobral, Ceará** – Convibra Gestão, Educação e Promoção da Saúde, 2013.

SILVA, MBGM et al. Enfermagem na Triagem Neonatal – **Rev.Acta Scientiarum. Health Sciences** Maringá, v. 25, no. 2, p. 155-161, 2003

Agradecimentos

Agradecemos a Prof^a Dra Maria Adelane Monteiro da Silva docente do módulo Gravidez, Nascimento e Desenvolvimento Infantil no Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú.

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: DESAFIOS EM SUA IMPLEMENTAÇÃO NO ESTADO DO CEARÁ

Rayann Branco dos Santos- Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA); rayannebranco@gmail.com
Maria da Conceição Coelho Brito- Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)
Liélma Carla das Chagas Silva- Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)
Diógenes Farias Gomes- Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)
Alexandro do Vale Silva- Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)
Maria Socorro de Araújo Dias (Orientador) – Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Palavras-chave: Saúde Escolar. Promoção da Saúde. Programas Governamentais

Resumo

O Objetivo deste estudo foi descrever os principais fatores que tem influenciado na implementação do Programa Saúde na Escola (PSE) no Estado do Ceará. Para isso, foi desenvolvido um estudo exploratórios- descritivo, utilizando-se de entrevistas realizadas com coordenadores de 13 Municípios do Estado do Ceará, questionando-os sobre os fatores que influenciam a implementação do PSE em seus cenários de atuação. Evidenciou-se fragilidades entre os setores saúde e educação, ocasionando impasses na gestão do PSE, bem como déficits nas estratégias de educação permanente, promovendo o empirismo no realizar das ações e dificultando a consolidação dos dados. Por fim, verificou-se que a maioria dos coordenadores possui outros encargos além da coordenação do PSE, de modo que este não é tido por prioridade. O Programa ainda enfrenta impasses para seu completo desenvolvimento no Estado do Ceará, contudo, mesmo em face das dificuldades tal programa se configura como potencializador das estratégias de promoção da saúde.

Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) configura-se como porta de entrada preferencial para a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) (BARRÊTO *et al*, 2013). Desta forma, com a função de promover a saúde nas diversas esferas da sociedade, cabe à atenção básica ir além do atendimento nas Unidades de Saúde. A ESF deve buscar constantemente a integração com instituições e organizações sociais por meio de parcerias, além de realizar diagnóstico situacional para direcionar as principais atividades a serem desenvolvidas (BRASIL, 2007). Percebe-se com isso, a importância de conhecer equipamentos sociais que corroborem com a promoção da saúde e que possam atender às necessidades de saúde dos indivíduos.

Nesse contexto, a escola é tida como um espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações promotoras e educadoras de saúde, além das preventivas de agravos e/ou adoecimentos (BRASIL, 2009). Isso se sustenta por a escola ser uma instituição responsável por estimular a apreensão de conhecimento e por promover a formação de opiniões a crianças e adolescentes, exercendo influência social, a fim de formar pessoas responsáveis por seus julgamentos e ações (SANTIAGO *et al*, 2012). Em decorrência disso, o conhecimento pode ir para da comunidade escolar, alcançando as famílias, no sentido de colaborar significativamente na esfera da prevenção da saúde na sociedade.

A iniciativa de inserir a saúde no espaço escolar não é algo recente, desde a década de 1950 diversas iniciativas foram tomadas, no entanto vinculadas a uma lógica sanitária, perpetuando o modelo biomédico focado na doença. No entanto, nas últimas décadas, surgiram iniciativas inovadoras que têm oportunizado o encontro da saúde com a educação, de modo a implementar políticas públicas

intersetoriais favorecendo a articulação de ações e estruturas da saúde e da escola, além da rediscussão sobre seu papel como espaço promotor da saúde (BRASIL, 2012).

Nesse contexto, para a materialização de uma política intersetorial recente entre o setor saúde e educação, está o Programa Saúde na Escola (PSE). Este foi instituído pelo Decreto presidencial Nº. 6.286, de 05 de dezembro de 2007, como resultado do trabalho integrado entre os Ministérios da Saúde e Educação, na perspectiva de ampliar as ações de saúde aos alunos da Rede Pública de Ensino. Tem, portanto, o objetivo de contribuir para o fortalecimento de ações que vinculem saúde e educação, facilitando o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens brasileiros (BRASIL, 2007).

Diante da pactuação feita entre os setores saúde e educação, pelos municípios começam a surgir os primeiros desafios do Programa, caracterizados por fragilidades próprias do trabalho intersetorial, bem como por fatores políticos. Nesse contexto, este estudo objetiva compreender os fatores que influenciam na implementação do PSE, na perspectiva dos coordenadores do Programa.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de natureza qualitativa, acerca dos fatores que têm influenciado na implementação do Programa Saúde na Escola (PSE). Para compor os informantes-chaves, optamos por selecionar coordenadores, a partir do porte populacional, de 13 municípios distribuídos nas três macrorregiões de saúde do Ceará (TABELA 1) conforme dados do Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE), em 2006⁸. Essa escolha se justifica, por buscar uma ampliação dos diversos cenários de atuação dos coordenadores. Desta forma foram selecionados cinco municípios da macro Fortaleza, quatro da macro Cariri, e quatro da macro Sobral. A participação dos coordenadores na pesquisa se deu a partir do momento em que estes se dispuseram a participar da pesquisa e de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de informações foi orientada por uma indagação central: *Quais fatores tem influenciado na implementação do Programa Saúde na Escola (PSE) no seu município?* No decorrer da entrevista, surgiram outros questionamentos considerados importantes para a compreensão do objeto de estudo. Para manter a fidedignidade das informações coletadas, optou-se por gravar as entrevistas e transcrevê-las na íntegra. Os entrevistados foram identificados pelo nome Coordenador, seguido do número correspondente à ordem de transcrição das entrevistas (Coordenador 1 ao 13).

Para análise das informações, utilizou-se a técnica de Análise Temática (MINAYO, 2005), que propõe a leitura flutuante para apropriação do material, seguida da categorização dos conteúdos.

Este estudo é parte de uma Pesquisa maior, intitulada: Programa Saúde na Escola: Um estudo sobre sua avaliabilidade no Estado do Ceará, financiado pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP). Aprovado pelo Comitê Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), em Sobral-CE, por meio do Protocolo Nº 212.998/2013.

Resultados e Discussão

A intersetorialidade é um conceito que vem se destacando nos textos da área da saúde, desde o processo de Reforma Sanitária (BERGAMASCHI *et al*, 2012). Atualmente torna-se ainda mais evidente a presença desse conceito no arcabouço teórico-prático do SUS, da Atenção Básica em Saúde e da ESF, estruturados pelo referencial de Promoção da Saúde. Nesta perspectiva, discutir a intersetorialidade no PSE torna-se necessário, apesar de esta ainda se configurar como desafio na implementação do Programa, como expressa a fala do Coordenador 1, no que tange a articulação entre saúde e educação.

“Nós não temos um momento em que possamos estar discutindo sobre essa relação intersetorial para um melhor desenvolvimento do Programa[.] É complicada a relação saúde e escola...” (Coordenador 1).

Há, portanto, uma dificuldade na ação colaborativa entre os setores da saúde e da educação no PSE, caracterizada pelas dificuldades em realizar os planejamentos primados pelo Programa. Uma possível explicação para esse impasse é o fato de ambos os setores possuírem demandas próprias de seus encargos, sendo complicado adentrar no âmbito de trabalho do outro, como menciona o Coordenador 8.

“Saúde e escola, são duas realidades bem diferentes [...] cada um tem sua vida, suas demandas enormes, e, entramos nos seus mundos, você entra numa escola, daí você vê a escola com suas disciplinas, seus projetos políticos pedagógicos [...] aí você vai pra enfermagem ou pra saúde, daí você ver seus protocolos suas rotina. Daí você ver o Programa Saúde Escola... Difícil, bem difícil...” (Coordenador 8)

Nesta direção, a ESF como a principal porta de entrada do SUS, configura-se como ambiente em frequente tensão para as equipes de saúde, visto que estas além de desenvolverem as funções relacionadas à dinâmica vivenciada no cotidiano das Unidades Básicas, também precisam lidar com o cumprimento das metas, coberturas dos programas solicitados pelos gestores e as questões relacionadas às exigências do trabalho em equipe (DAUBERMANN; TONETE, 2012).

Somado a isso, o atual cenário brasileiro do sistema escolar público revela um quadro de condições precárias de trabalho. A rede pública de ensino, em sua maioria, apresenta quantidade insuficiente de trabalhadoras/es de educação, sendo estes insuficientes para realizar o excesso de demandas as quais são expostos (GOMES; BRITO; 2006)

Em face disso, os trabalhos que deveriam ser desenvolvidos intersetorialmente tendem a se operacionalizar apenas na perspectiva setorial, fragilizando as relações e troca de saberes que deveriam ser presentes durante os processos de planejamento.

Outro fator corroborante para os impasses da relação saúde e educação dentro do PSE, concentram-se no entendimento que os Coordenadores possuem em relação as suas atribuições em seus respectivos setores. Apesar de serem setores próximos no cotidiano, são distantes na compreensão de um em relação ao outro, conforme relata o Coordenador 3

“A função que a escola acredita ser de sua competência é simplesmente abrir as portas da escola para o profissional da saúde fazer as avaliações e as ações de educação em saúde.” (Coordenador 3)

No entanto, a escola, a partir do seu compromisso com a formação humana e técnica, tem papel fundamental no processo de transformação das concepções e práticas relacionadas à saúde, ao propor um processo educativo que considere a historicidade, a intersetorialidade e a constituição de redes de proteção integral.

O Coordenador 4 acrescenta seu posicionamento frente a articulação intersetorial, ao mencionar que há um “jogo” de responsabilidades entre os setores, o que permite evidenciar uma lacuna no entendimento de quais são as competências de cada setor dentro do Programa.

“Percebemos que tanto a saúde como a educação ficam jogando as responsabilidades do Programa, ficam se esquivando de suas competências, afirmando serem do outro setor. Criando, assim, um impasse para o desenvolvimento das atividades.” (Coordenador 4)

Inferir-se que as especificidades de cada setor (saúde e educação) contribuem para as fragilidades de relacionamento entre estes. Uma possibilidade de enfrentamento para isso seria as estratégias de capacitação, entendendo que muitas das dificuldades apresentadas se concentram no entendimento da atribuição destes setores dentro do Programa.

Contudo, os entrevistados afirmam não possui capacitações para exercer tal cargo. Uma grande queixa entre os participantes do estudo foi o déficit de estratégias de Educação Permanente (EP) acerca do Programa.

“Nós não temos educação permanente. Não tivemos nenhum momento de EP com relação ao PSE, nem mesmo os coordenadores que são um grupo menor. Nós deveríamos ter pelo menos uma capacitação, pois nós estamos fazendo o programa como achamos que tem que ser feito.” (Coordenador 2)

Verifica-se uma insuficiência na EP acerca de temáticas relacionadas ao PSE, ocasionando práticas baseadas principalmente no empirismo. Atrelado a isso, está o risco de as ações desempenhadas no Programa serem realizadas apenas para o cumprimento das metas pactuadas, enfraquecendo o que é defendido pela Promoção da Saúde, a qual se configura como um dos componentes do PSE. No âmbito das políticas nacionais de saúde, a educação permanente apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e assistenciais e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas, gestões e instituições formadoras (DE JESUS et al, 2010).

Tais ações se fazem importantes à medida que promovem a aproximação dos profissionais envolvidos no PSE, fomentam a discussão de estratégias para o programa, proporcionam um nivelamento técnico conceitual, de modo que os profissionais envolvidos tenham condições de qualificar a comunicação e o entendimento das bases conceituais do PSE (FERREIRA et al, 2014).

Dessa forma, percebe-se que apesar de serem respeitadas e exercidas as atividades referentes ao Programa, as ações de educação permanente prestadas aos profissionais e gestores do PSE no estado do Ceará, encontram-se incipientes, mesmo sabendo que a educação permanente em saúde apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado criando condições de diálogo entre práticas e concepções vigentes, entre o sistema de saúde e instituições formadoras.

Somado a isso, verificou-se que os a maioria dos Coordenadores do Programa possui outras atribuições além da coordenação do PSE. O Coordenador 6 relata possuir outros encargos e não conseguir cumprir sua carga horária em sua coordenação.

“A Carga horária exigida é de oito horas por dia, ou seja, 40 horas semanais. Só que eu não consigo concluir essas 40 horas, pois eu acompanho a educação especial e destino durante a semana, 12 horas para atendimento no NASF. Além desses atendimentos, eu também acompanho as escolas na orientação de professores.” (Coordenador 6)

Evidencia-se, desse modo, uma incompletude no tocante ao tempo destinado a coordenação do PSE. Diante de outras responsabilidades, torna-se difícil exercer os planejamentos e as ações primados pelo Programa, de modo que o papel que o PSE exerce no âmbito da Promoção da Saúde torna-se enfraquecido.

Nesta direção, os Coordenadores 7 e 10 acrescentam:

“Essa questão da carga horária é algo assim, meio complexo [...] São os meus horários vagos [refere-se aos horários que destina ao PSE], são os meus momentos nos dias em que eu não tenho atendimento. A gente reúne a equipe, às vezes eu tiro um dia, ou dois, no mês pra gente poder estar organizando as ações de planejamento dentro do meu cronograma.” (Coordenador 7)

“Eu não estou só com o PSE, estou com a Mobilização Social, o PSE e com o Olhar Brasil. Se eu for dividir igualmente é assim: Essa semana é importante para o PSE, então eu dedico aquela semana ao PSE. Então, assim, é uma correria, a gente tenta trabalhar as prioridades.” (Coordenador 10).

As ações do PSE devem ser desenvolvidas durante o ano inteiro a partir do momento em que são pactuadas. Dessa forma o Programa se configura como prioridade durante todo este período. O PSE apresenta estratégias de enfoque, como é o caso da Semana Saúde na Escola, entretanto isso não minimiza a importância das ações posteriores.

Para que o PSE alcance seus objetivos, é primordial a prática cotidiana de planejamento, de modo a atender às necessidades e demandas locais (BRASIL, 2011). Verifica-se, entretanto, que o planejamento das ações a serem desenvolvidas no PSE são fragilizadas diante da redução da carga horária que é ofertada para a coordenação do Programa.

Tendo em vista o impacto deste programa na saúde dos escolares, é imprescindível que os profissionais envolvidos (gestores, profissionais da educação, profissionais da saúde e comunidade geral) interajam nesse programa, transformando seu processo de trabalho na perspectiva da promoção da saúde (BEZERRA et al, 2013). Essa interação, para a transformação da realidade escolar, só pode ser conquistada a partir de uma aproximação dos sujeitos envolvidos com os fundamentos que norteiam o programa.

Conclusão

As informações obtidas pelas entrevistas demonstram desafios que influenciam na implementação do Programa Saúde na Escola. Evidenciou-se que a relação intersetorial e a Educação Permanente, componentes do Programa, são frágeis e que os coordenadores, em sua maioria, possuem outros encargos além da atuação no PSE. Em decorrência disso, o Programa não tem seus objetivos operacionalizados em sua totalidade, por ser não ter seus pilares fortalecidos.

Considerando a percepção dos coordenadores frente a isso, alguns demonstram aflição, outros desânimo e até mesmo raiva. Alguns, no entanto, expressaram despreocupação, pois em meio a outras atribuições o PSE não é tido por prioridade. As relações interssetoriais, bem como as estratégias de educação permanente precisam ser potencializadas para um melhor desenvolvimento do Programa.

A implementação do PSE ainda enfrenta impasses para seu completo desenvolvimento no Estado do Ceará, contudo, mesmo em face das dificuldades tal programa se configura como potencializador das estratégias de promoção da saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a passo PSE – Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos para a intersetorialidade**. Série Projetos, Programas e Relatórios. Brasília-DF: Ministério da Saúde, p. 20, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2007.

BARRÊTO, A.J.R *et al.* Matrix support in the opinion of professionals of the family health Strategy **J Nurs UFPE online** [internet]. 2013 Jan [cited 2014 Apr 04]; 7(1):46-52. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3214/pdf_1802

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília: MS; 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde, Cadernos de Atenção Básica; n. 24).

BRASIL. 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 6 dez 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a passo PSE – Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos para a intersetorialidade**. Série Projetos, Programas e Relatórios. Brasília-DF: Ministério da Saúde, p. 20, 2011b.

DE JESUS, M. C. P.; FIGUEIREDO, M. A. G.; SANTOS, S. M. R.; AMARAL, A. M. M.; ROCHA, L. O.; THIOLLENT, M. J. M. Educação permanente em enfermagem em um Hospital Universitário. **Rev Esc Enferm USP**. 2011 v. 45, n. 5, pp. 1229-1236.

FERREIRA, I. R. C.; MOYSÉS, S. J.; FRANÇA, B. H. S.; CARVALHO, M. L.; MOYSÉS, S. T. Percepções de gestores locais sobre a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola*. **Revista Brasileira de Educação**. v. 19 n. 56 jan.-mar. 2014.

CEARÁ. **Microrregiões de Saúde** [Internet]. 2010. Disponível em: http://geolivre.saude.ce.gov.br/egroupware/sitemgr/sitemgr-site/?page_name=Microregiones. Acesso em: 03 fev. 2012.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006

SANTIAGO, I. M *et al.* Implantação do Programa Saúde na Escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**. Brasília 2012 nov-dez; 65(6): 1026-9.

Agradecimentos

A Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), por subvencionar este estudo.
A Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Autor 1 – (apresentador) Mirna Cavalcante Gurjão – Universidade Estadual do Rio Grande do Norte/mcgurjao@gmail.com

Autor 2 – Xiankarla de Brito Fernandes Pereira - Universidade Estadual do Rio Grande do Norte Instituição

Autor 3 – Kelianny Pinheiro Bezeerra - Universidade Estadual do Rio Grande do Norte

Autor 4 – (Orientador) Lorrainy da Cruz Solano - Universidade Estadual do Rio Grande do Norte/Prefeitura Municipal de Mossoró/lorrainysolano@yahoo.com.br

Palavras-chave: Programa de saúde na Escola. Estratégia de Saúde da Família. Saúde infantil. Nutrição infantil.

Resumo

O Programa Saúde na Escola (PSE) tem o objetivo de reforçar os cuidados com a saúde e a prevenção às doenças dos alunos brasileiros e construir uma cultura de paz nas escolas. O objetivo deste trabalho é relatar a experiência de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no desenvolvimento das ações do PSE em uma escola da rede municipal de ensino fundamental em Mossoró, Rio Grande do Norte. Trata-se de uma análise de abordagem quantitativa e qualitativa, de natureza descritiva, realizada entre os meses de março e julho de 2014 na Escola Municipal Professora Maria Elsa Fernandes Sena com 87 alunos cadastrados no SIMEC pela equipe da ESF da UBS Dr José Holanda. Foram avaliados 61 alunos de primeiro ao quinto ano, com variação de idade de seis a quatorze anos. A partir do Índice de Massa Corporal (IMC) avaliamos o estado nutricional das crianças. Verificou-se que 57,4% estavam eutróficos, 26,2% estavam sobrepeso, 11,5% eram obesos e apenas 4,9% estavam com baixo peso. Seguindo o padrão nacional, há elevação de sobrepesos/obesos e não houve reconhecimento de nenhuma criança desnutrida. Pouco mais da metade das crianças tiveram alguma queixa, sendo as principais delas dor abdominal, lesões de pele e sintomas gripais. Pelo exame de acuidade visual, detectamos cinco crianças com discreta redução da acuidade visual. Nenhum aluno apresentou alteração dos níveis de pressão arterial. É preciso maior empenho e organização por parte dos gestores da saúde e da educação para dar continuidade ao processo de trabalho já implementado.

Introdução

O Programa Saúde na Escola (PSE), lançado em setembro de 2008, é resultado de uma parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação. Tem o objetivo de reforçar os cuidados com a saúde e a prevenção às doenças dos alunos brasileiros e construir uma cultura de paz nas escolas. Visa ainda a integração e a articulação permanente entre educação e saúde, proporcionando melhoria da qualidade de vida da população brasileira (BRASIL, 2011).

Essa é uma proposta de trabalho que já existia dentro da Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma vez que a escola é um dos equipamentos sociais que fazem parte do território e que já constava como uma necessidade primária a ser trabalhada pela equipe da ESF. O programa institucionalizou essa linha de trabalho destinando financiamento próprio, agendas de educação/saúde e criando um sistema de informação junto ao Sistema Integrado de Monitoramento e Controle do Ministério da Educação (SIMEC).

A busca de melhores resultados em saúde para a população é uma das diretrizes da Saúde da Família. Os profissionais das equipes, juntamente com os professores, têm o papel de ofertar condutas e intervenções eticamente aceitáveis, principalmente aumentando a capacidade de um ambiente escolar saudável, promovendo o acesso à informação e oportunizando escolhas saudáveis e habilidades para que os alunos, suas famílias e a comunidade vivam melhor. Portanto, ao contrário da medicalização, o programa está centrado na

promoção à saúde, na prevenção das doenças e, claro, no caso de identificação de agravos ou doenças, na sua resolução efetiva (MENDONÇA, 2008, p. 4).

As diretrizes do PSE pré-estabelecem como responsabilidade da equipe da ESF o que eles denominam de componente 1, “ Avaliação Clínica e Psicossocial”, que tem os seguintes campos: Realizar avaliação antropométrica e avaliar o estado nutricional e hábitos alimentares dos educandos; aferir pressão arterial e identificar educandos com Hipertensão Arterial Sistêmica; realizar verificação de estado vacinal dos alunos; verificar possíveis sinais de agravos de saúde negligenciados (tuberculose e hanseníase); realizar triagem de acuidade visual e identificar educandos com problemas visuais; realizar triagem auditiva; avaliar o estado de saúde bucal dos educandos e identificar possíveis alterações e encontrar educandos sem o registro civil, orientando os pais ou responsáveis sobre a importância dos mesmos.

Nesse sentido o propósito deste trabalho é relatar a experiência de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família no desenvolvimento das ações PSE em uma escola da rede municipal de ensino em nível fundamental em Mossoró, Rio Grande do Norte.

Metodologia

Trata-se de uma análise de abordagem quantitativa e qualitativa, de natureza descritiva, realizada entre os meses de março e julho de 2014 na Escola Municipal Professora Maria Elsa Fernandes Sena com 87 alunos cadastrados no SIMEC pela equipe da ESF da UBS Dr José Holanda.

A equipe da Estratégia de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr José Holanda está cadastrada no CNES como 127 e é uma das 62 equipes que compõem a Atenção Básica do município de Mossoró, Rio Grande do Norte. É responsável por 825 famílias em um território com seis microáreas compostas por áreas extremamente vulneráveis como a Favela do Tranquilinho até famílias de alto poder aquisitivo.

A escola alvo das ações do PSE está dentro do território e atende crianças e adolescentes da Favela do Tranquilinho.

Os dados selecionados para esse trabalho são oriundos da estratégia de trabalho da equipe dentro da Semana da Saúde com ações prioritárias da política de governo, no âmbito da saúde. Nesse sentido foram realizadas: avaliação antropométrica, verificação de níveis tensionais, busca ativa de doenças emergentes como Hanseníase e Tuberculose e avaliação da acuidade visual no que se refere à assistência clínica.

Todas as informações foram devidamente registradas no sistema de informações do programa e serão apresentadas aqui em formato de quadros seguidas de discussão.

Resultados e Discussão

As diretrizes do PSE pré-estabelecem como responsabilidade da equipe da ESF o que é denominam de componente 1, “ Avaliação Clínica e Psicossocial”, que tem os seguintes campos: Realizar avaliação antropométrica e avaliar o estado nutricional e hábitos alimentares dos educandos; aferir pressão arterial e identificar educandos com Hipertensão Arterial Sistêmica; realizar verificação de estado vacinal dos alunos; verificar possíveis sinais de agravos de saúde negligenciados (tuberculose e hanseníase); realizar triagem de acuidade visual e identificar educandos com problemas visuais; realizar triagem auditiva; avaliar o estado de saúde bucal dos educandos e identificar possíveis alterações e encontrar educandos sem o registro civil, orientando os pais ou responsáveis sobre a importância dos mesmos.

Além disso, o PSE tem como um dos seus objetivos a promoção à saúde e o fortalecimento do enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar. As equipes de saúde da família devem realizar visitas periódicas às escolas para avaliar a saúde e realizar educação em saúde de acordo com as necessidades locais.

A escola vem passando por uma série de transformações que se expressam, por exemplo, na compreensão da relação que a escola estabelece com a comunidade. Quando se pensa em “subir” os muros da escola, como saída para uma situação de violência, a escola pode estar se isolando de sua comunidade. É preciso baixar os muros da escola, a transformação em questão é a que leva ao reencontro da escola com a vida, em sua pulsação. Não há como pensar que se pode trabalhar essa relação sem que as diferentes áreas do poder público que incidem sobre a vida dessa comunidade comecem a dialogar entre si, a partir das necessidades dessas comunidades (MOLL, 2008, p. 6).

Nesse sentido, foram avaliadas 61 crianças de primeiro ao quinto ano da Escola Municipal Professora Maria Elza Fernandes Sena, com variação de idade de seis a quatorze anos. Sendo obtidos os seguintes dados:

Turma	Nº alunos	Idade(anos)	Peso	Altura	PA
1º ano	7	6	22,5Kg	1,16	95X60
2º ano	13	7,8	26,1Kg	1,22	100X 65
3º ano	9	9	30.6Kg	1,31	110X70
4ºano	18	10,3	34,1Kg	1,39	105X65
5º ano	14	11,4	39,4Kg	1,46	105X65

Quadro 1: fonte livro de registro local

A partir do Índice de Massa Corporal (IMC) avaliamos o estado nutricional das crianças. Verificou-se que 57,4% estavam eutróficos, 26,2% estavam sobrepeso, 11,5% eram obesos e apenas 4,9% estavam com baixo peso. Seguindo o padrão nacional, há elevação de sobrepesos/obesos e não houve reconhecimento de nenhuma criança desnutrida.

Turma	Eutrofia	Sobrepeso	Obesidade	Baixo peso
1º ano	71%(5)	14,5%(1)	14,5%(1)	-
2º ano	62%(8)	23%(3)	15%(2)	-
3º ano	44%(4)	11%(1)	33%(3)	11%(1)
4ºano	50%(9)	33%(6)	5%(1)	11%(2)
5º ano	65%(9)	35%(5)	-	-

Quadro 2: fonte livro de registro local

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde³¹⁵

Pouco mais da metade das crianças tiveram alguma queixa, sendo as principais delas dor abdominal, lesões de pele e sintomas gripais. Pelo exame de acuidade visual, detectamos cinco crianças com discreta redução da acuidade visual.

A atividade alicerçou o terreno de intervenção das ações em saúde, mas o fato de terem sido avaliadas somente 70% dos alunos matriculados na escola expressa evasão escolar.

A respeito da flutuação numérica, a escola utiliza o argumento de que há grande número de transferências e faltas no cotidiano. A direção não aceita formalmente esse fenômeno pelas represálias da Secretaria de Educação, mascarando o problema, que é visto com bons olhos pelo corpo docente que, entre outras falas, diz: “A sorte é que faltam muitos todos os dias, porque se viessem todos seria enlouquecedor”.

É preciso pensar no contexto local já que a estrutura física da escola não permite um ambiente saudável para docentes e discentes, uma vez que a mesma está instalada em uma casa adaptada, sem nenhuma área de lazer para as crianças que tem entre 6 e 15 anos. Além disso, os alunos são predominantemente moradores de uma área crítica do território da ESF que é a Favela do Tranquilim e que tem em comum a naturalização da pobreza e violência.

De acordo com a proposta do programa, todos os envolvidos são convidados a serem educadores, sejam trabalhadores da saúde ou da educação. Faz-se, então, necessário o que Morinet et al (2007) alerta: O reforço das atitudes de aptidões que permitam superar os obstáculos produzidos pelas estruturas burocráticas e pelas institucionalizações das políticas unidimensionais como o PSE vem se apresentando.

Conclusão

Esses são alguns dos desafios a serem enfrentados pela equipe da ESF junto à escola. Desse modo, há evidências que apontam bons horizontes para o trabalho convergente com as diretrizes do Sistema Único de Saúde e do PSE.

É preciso maior empenho e organização por parte dos gestores da saúde e da educação para dar continuidade ao processo de trabalho já implementado, procurando identificar e garantir resolutividade às lacunas que emergiram no cotidiano das práticas das equipes da ESF no município de Mossoró.

Esse deve ser um compromisso de todos que participam do PSE como forma de apostar que a realidade pode ser mudada. Contudo, para que isso aconteça, é necessário o compromisso de todos os sujeitos envolvidos.

Referências

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade. **Agenda Educação e Saúde: reconhecimento e mapeamento das possibilidades de apropriação dos espaços locais pela comunidade**, Brasília, 2011. 56p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília, 2007. 160p.

MENDONÇA, C. S. PSE. **Revista de Saúde da Família**, Brasília, n. 20, out/dez. 2008. p. 6-7.

MOLL, J. PSE. . **Revista de Saúde da Família**, Brasília, n. 20, out/dez. 2008. p. 8-9.

Agradecimentos

Gostaríamos de agradecer aos profissionais da Escola Municipal Professora Maria Elsa Fernandes Sena que nos ajudam a realizar com presteza esse programa. Agradecemos também a todos os profissionais da Unidade Básica de Saúde Dr. José Holanda, no Bairro Dom Jaime – Mossoró/RN, que a cada dia mostram que trabalho bom é feito em equipe!

PROJETO DE EXTENSÃO “SUPER HOMENS TAMBÉM ADOECEM: EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A POPULAÇÃO MASCULINA”

Rodrigo Jacob Moreira de Freitas (apresentador) – Universidade Potiguar – UNP/ Universidade do Estado do Ceará/UECE. Email: rodrigojmf@gmail.com.br

Sibele Lima da Costa – Universidade Potiguar – UNP

Janaina Maciel de Queiroz – Universidade Potiguar – UNP

Nayara Maciel de Freitas – Universidade Potiguar – UNP

Ms. Kalyane Kelly Duarte de Oliveira – Universidade Potiguar – UNP

Dr^a Ana Ruth Macedo Monteiro (Orientador) – Universidade Estadual do Ceará – UECE

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

Resumo

Objetiva-se relatar as experiências de promoção da saúde do projeto de extensão “SUPER HOMENS TAMBÉM ADOECEM: educação em saúde para a população masculina”, da Universidade Potiguar - UNP com grupo de homens trabalhadores da subsecretaria de serviços urbanos do município de Mossoró/RN. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência durante o período de 2013.1 à 2014.1. O local do projeto se dá na Subsecretaria de Serviços Urbanos do Município de Mossoró-RN. A população alvo é constituída pelos profissionais do sexo masculino que fazem parte da subsecretaria de serviços urbanos de Mossoró, como Garis, Agentes de Trânsito. A Educação em Saúde é utilizada como estratégia para desenvolvimento das atividades com o grupo. São realizadas atividades semanais, nas sextas-feiras, em dois horários, para atingir os trabalhadores propostos. Pretende-se influenciar na qualidade de vida, mudança de hábito de forma positiva, abordando assim algumas questões que são primordiais para a saúde do homem. O projeto de extensão possibilitou a articulação ensino-pesquisa e serviços de saúde, bem como para a construção de habilidades e competências dos alunos envolvidos. Tivemos como dificuldades fazer com que os homens frequentem os serviços primários de saúde e diagnostiquem precocemente doenças que acometem a população. É preciso educar essa população com o intuito de incentivar hábitos saudáveis como principal prevenção para o desenvolvimento de problemas a saúde. Necessitamos de uma maior articulação com os profissionais de saúde, para que estes também busquem estratégias para trabalhar e envolver a PNAISH nas suas práticas cotidianas.

Introdução

A existência de ações direcionadas para a saúde do homem voltada à prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, manutenção, promoção e proteção da saúde, intrínsecos na Portaria nº 648-GM/2006 (BRASIL, 2006), caracteriza atos da Atenção Básica em Saúde (ABS) e tem representado um desafio para os profissionais da área da saúde.

Segundo Couto et al., (2010), a maneira como o sistema de saúde no Brasil vem se organizando evidencia que a maior parte do atendimento na Atenção Básica (AB) privilegia grupos populacionais considerados mais vulneráveis, por meio de ações programáticas voltadas para a saúde da mulher, da criança e do idoso, pouco favorecendo a atenção à saúde do homem.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), morrem mais homens que mulheres ao longo do ciclo da vida, muitas dessas mortes poderiam ser evitadas, se não fosse a resistência masculina frente à procura pelos serviços de saúde (BRASIL, 2008) e é claro, pelas ações que os segmentos do setor saúde realizam.

De acordo com Brasil (2008), um fator que se vincula a esta problemática é a consideração de que há dificuldade, neste grupo, em reconhecer suas próprias necessidades em saúde, cultivando o pensamento que rejeita a possibilidade de adoecer, mantendo até hoje a questão cultural da invulnerabilidade masculina, de seu papel social de provedor e de herói. Aliando-se a isso, Schraiber et al., (2010)

dizem que existe a conformação do acesso aos serviços de atenção básica, historicamente estruturados para atender mulheres e crianças, e cujos horários de funcionamento coincidem com as jornadas laborais dos trabalhadores. Esta situação dificulta o atendimento de pessoas do sexo masculino, culturalmente os provedores da família e a referência como trabalhadores.

Deve-se considerar, ainda, que, mesmo quando esses homens comparecem aos serviços de atenção básica, não significa que eles tenham suas necessidades de saúde atendidas, já que a lógica das ações programáticas não tem buscado historicamente contemplá-las, pois muitas vezes elas permanecem na lógica curativa e/ou de reabilitação (SCHRAIBER et al., 2010).

Para minimizar tais fragilidades do sistema de saúde, o MS criou-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), cujos objetivos principais são: qualificar a assistência à saúde masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardecam a integralidade e qualificar a atenção primária para que ela não se restrinja somente à recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção de agravos evitáveis (BRASIL, 2008).

Cabe ressaltar que, mesmo sendo considerada a criação da PNAISH um grande passo em direção ao aprimoramento do atendimento à saúde da população masculina, fato este que gerou um Plano de Ação Nacional com previsão de implementação entre 2009 e 2011, ainda não se tem percebido mudanças efetivas no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2009). Sendo assim, apesar da criação dessa política específica, os profissionais da saúde precisam incorporar um olhar qualificado e direcionado, que fará a assistência à saúde mais eficiente e eficaz, contribuindo para a redução de complicações e aparecimento de agravos na população masculina (SILVA, 2010).

Há, portanto, uma opção politicamente sustentada, em favor da inclusão desse grupo populacional historicamente excluído do acesso ao cuidado integral à saúde na rede pública, isto é, o desenvolvimento do cuidado em uma perspectiva interdisciplinar e multiprofissional. Isso traz, para a os profissionais da saúde, a necessidade de rever sua prática no âmbito das equipes de saúde da atenção básica, tanto nas Estratégias Saúde da Família (ESF) como nos serviços que ainda mantêm uma organização em moldes de postos ou centros de saúde tradicionais (SILVA et al., 2012).

Dessa forma, este trabalho tem o objetivo de relatar as experiências de promoção da saúde do projeto de extensão “SUPER HOMENS TAMBÉM ADOCEM: educação em saúde para a população masculina”, da Universidade Potiguar (UNP), com grupo de homens trabalhadores da subsecretaria de serviços urbanos do município de Mossoró/RN.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência. O relato envolve as experiências do projeto de Extensão da Universidade Potiguar (UNP), campus Mossoró/RN, durante o período de 2013.1 à 2014.1.

A PNAISH foi criada em 2009 pelo Ministério da Saúde, e o programa de saúde do homem foi implantado no estado do Rio Grande do Norte – RN em agosto de 2010, em três municípios prioritários: Natal, Parnamirim e Mossoró.

O projeto de extensão intitulado: “SUPER HOMENS TAMBÉM ADOCEM: EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A POPULAÇÃO MASCULINA” foi pensado em cinco fases compostas pela implantação, promoção da saúde, informação e comunicação, qualificação de profissionais, avaliação e monitoramento.

Mossoró vem desenvolvendo ações de informação, educação e comunicação em saúde na tentativa de difundir a política, promovendo mudanças de paradigmas no que se refere ao cuidado com a saúde do homem e de sua família. O projeto teve início no semestre letivo 2013.1 com o objetivo de promover informações e discussões quanto aos cuidados de saúde para os trabalhadores da subsecretaria de serviços urbanos de Mossoró-RN do sexo masculino, bem como estimular quanto ao autocuidado dessa população em relação ao seu processo de saúde/doença; orientar os trabalhadores da subsecretaria de serviços urbanos quanto aos fatores de risco que estão expostos; desenvolver material educativo e interativo para os momentos de troca de informações com os trabalhadores; promover eventos educativos em ambientes propícios para discussão abrangente da temática.

O local do projeto se dá na Subsecretaria de Serviços Urbanos do Município de Mossoró-RN. A população alvo é constituída pelos profissionais do sexo masculino que fazem parte da subsecretaria de serviços urbanos de Mossoró, sendo: 86 agentes de trânsito, 120 guardas municipais, 80 zeladores de túmulos, 60 garis efetivos e 200 trabalhadores terceirizados, que atuam como garis. Apesar de Também fazerem parte da subsecretaria de serviços urbanos de Mossoró, não estamos trabalhando com os Guardas Municipais e Zeladores de Túmulos pela dificuldade de acesso aos trabalhadores.

A Educação em Saúde é utilizada como estratégia para desenvolvimento das atividades com o grupo, sendo discutido temas referentes à sua realidade e necessidades, afim de promover saúde à esta população.

Resultados e Discussão

O projeto está vinculado ao curso de enfermagem da Universidade Potiguar - UnP, sendo desenvolvido as atividades do grupo nas sextas-feiras, contando com um grupo de 11 alunos do 9º período do curso, sendo dois alunos bolsistas do projeto, e 2 professores coordenadores/colaboradores, além da articulação com a subsecretaria de Serviços Urbanos do Município de Mossoró-RN.

O projeto de extensão conta com a articulação do projeto de pesquisa “Cabra Macho sim senhor: construção do conhecimento do câncer na população masculina”, realizando ações que difundem o conhecimento sobre cânceres que mais acometem os homens. Além disso, as palestras desenvolvidas suscitam questões de pesquisa para os Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) dos alunos envolvidos. Há ainda a articulação com a Disciplina Gênero e Saúde, ministrada no 6º período do curso, discutindo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) e discutindo questões de gênero, afim de contribuir para a desconstrução da sociedade patriarcal. Dessa forma, o projeto reforça o papel social da Universidade em articular o tripé da formação: ensino, pesquisa e extensão.

A população alvo atingida pelas ações de promoção à saúde promovidas pelo grupo é constituída pelos profissionais do sexo masculino que fazem parte da subsecretaria de serviços urbanos de Mossoró. Assim, foi realizado um total de 24 atividades, beneficiando um publico de 346 sujeitos por atividade desenvolvida.

O projeto de extensão insere a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH) criada em 2009, que veio para facilitar a inserção deste público nos serviços de saúde que até então é espaço predominantemente feminino, tentando buscar recursos de saúde para si ou para os membros da família. O projeto tem como objetivo: Promover informações e discussões quanto aos cuidados de saúde para os trabalhadores da subsecretaria de serviços urbanos de Mossoró-RN do sexo masculino.

Foram realizadas atividades semanais, nas sextas-feiras, em dois horários, para atingir os trabalhadores propostos. No horário matutino para os homens que trabalham como Garis e no período Vespertino para os homens que trabalham como Agentes de Trânsito. As atividades constituíram de palestras, sobre temas referentes à saúde do homem, apontadas pelas diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), bem como temas sugeridos pelos próprios participantes. As palestras acontecem no próprio local de trabalho, com vistas a facilitar a participação e envolvimento dos sujeitos.

A atividades foram desenvolvidas por meio da Educação em Saúde, contemplando ações de informação, educação e comunicação em saúde na tentativa de aderir à política, promovendo mudanças de paradigmas no que se refere ao cuidado com a saúde do homem e de sua família, fazendo com que eles venham conhecer a política e procurar os serviços de saúde. Diante disso, pretendeu-se influenciar na qualidade de vida, mudança de hábito de forma positiva, abordando assim algumas questões que são primordiais para a saúde do homem como, DST/AIDS, hipertensão, colesterol fumo, álcool, diabetes, hipertensão, câncer, violência entre outras.

O material utilizado variou de acordo com a disponibilidade do serviço. Foram usados multimídia através de slides, cartazes com figuras para facilitar a compreensão, vistos que alguns são analfabetos, além de peças anatômicas de órgãos para demonstração, distribuição de preservativos e panfletos.

Os encontros foram uma troca de conhecimentos, vistas as crenças e aprendizados que cada um tem no seu dia-a-dia, e assim construindo e reconstruindo conceitos, muitos dos garís tinham vergonha em perguntar e precisavam de um estímulo para tal. Ao contrário dos agentes de trânsito que questionavam sempre, expunham história próprias e de conhecidos, podemos dizer que cada novo encontro saiam com inúmeras histórias e que eles levavam uma bagagem de aprendizados compartilhados, e tornava-se prazeroso ensinar e aprender.

Como resultados e pontos positivos têm-se a participação e frequência da população masculina nos eventos, que se fizeram presente e ativos durante todas as atividades e palestras executadas, bem como interesse, e boa receptividade dos mesmos para com o grupo de alunos. Além disso, o projeto contribui e fortaleceu a participação e envolvimento da população masculina em questão e a academia, estreitando laços importantes para o desenvolvimento das ações. Vale destacar, portanto, a participação dos representantes do município, importante elo entre o serviço e academia.

Uma experiência importante foi a participação dos alunos do projeto no Encontro de Abordagens de Saúde do Homem da II UNIDADE REGIONAL DE SAÚDE PÚBLICA (URSAP) Mossoró em comemoração ao Dia Nacional de Saúde do Homem, onde pôde-se divulgar o projeto e ações desenvolvidas para os profissionais de saúde do município de Mossoró. Assim, o projeto serviu como uma experiência exitosa para que outros municípios iniciassem suas ações e projetos referentes à saúde do homem, tendo um impacto importante pela possibilidade de propagação em todo o Estado do Rio Grande do Norte.

O projeto de extensão também vem possibilitando (re)pensar novas metodologias de trabalho para atrair cada vez mais a participação do público-alvo, favorecendo aos mesmos, através das atividades do grupo de extensão, impactos significativos em sua vida, no modo como entendem saúde, como se cuidam e realizam esse autocuidado.

Sobre os alunos é importante ressaltar a participação e envolvimento dos mesmos no projeto, na construção do material utilizado nas palestras, bem como no conhecimento teórico adquirido na academia para ser trabalhado junto à comunidade.

Conclusão

Fica evidente a importância do projeto de extensão para a articulação ensino-pesquisa e serviços de saúde, bem como para a construção de habilidades e competências dos alunos envolvidos. Além disso, o projeto contribui para a problemática da saúde do homem, apontando a necessidade de estudar as questões de saúde masculina a partir da perspectiva da Atenção Básica, além do olhar dos profissionais da saúde diante da política de saúde do homem e das especificidades masculinas.

Temos como dificuldades fazer com que esse homem frequente os serviços primários de saúde e diagnostiquem precocemente doenças que acometem a população. Somado à isso, ainda está presente no imaginário masculino que esse cuidado preventivo é típico do público feminino, afastando-o do autocuidado e prevenção à saúde. Assim, os homens não compreendem a importância do cuidado para uma vida saudável. Necessitamos ainda, de uma maior articulação com os profissionais de saúde, para que estes também busquem estratégias para trabalhar e envolver a PNAISH nas suas práticas cotidianas.

Acreditamos que o enfermeiro, por ser o profissional voltado para o cuidado humano em suas múltiplas dimensões, pois tem a capacidade e o discernimento de junto ao seu público alvo, promover reflexões, educação em saúde e modificar o paradigma assistencial.

O projeto dará continuidade, promovendo e contribuindo na melhoria para a saúde do homem, fazendo com o que os serviços sempre disponibilizem atendimentos, diagnósticos precoces e tratamentos adequados. Para isso, é preciso promover e educar essa população com o intuito de incentivar hábitos saudáveis como principal prevenção para o desenvolvimento de problemas a saúde.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Nº 648/GM. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**, Brasília (DF); 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamentode Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes)**. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Plano de Ação Nacional (2009-2011)**. Brasília(DF); 2009.

COUTO, M.T. et al. Men in primary healthcare: discussing (in)visibility based on gender perspectives. **Interface - Comunic.,Saude, Educ.**, v.14, n.33, p.257-70, abr./jun. 2010.

SILVA, S. O. **Cuidado na perspectiva de homens**: um olhar da enfermagem. [Dissertação]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2010.

SILVA, P. A. S; FURTADO, M. S; GUILHON, A. B; SOUZA, N. V. D. O; DAVID, H. M. S. L. Saúde do homem na visão do enfermeiro. **Esc Anna Nery** (impr.) Jul-Set; 16 (3):561- 568; 2012.

SCHRAIBER, L. B; FIGUEIREDO, W. S; GOMES, R; COUTO, M. T; PINHEIRO, T. F; MACHIN, R; et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **CadSaude Publica**. 2010

Agradecimento

Agradecemos à Universidade Potiguar-UnP; Subsecretaria de Serviços Urbanos do Município de Mossoró-RN na pessoa de Helenilda Soares Albuquerque Moreira, e aos alunos envolvidos no desenvolvimento do projeto.

PROJETO DE EXTENSÃO FERIDAS TÊM ALMA.

Lisiane Vital de Oliveira – Universidade Federal de Alagoas- liliu_vital@hotmail.com

Jane Carla Maurício - Universidade Federal de Alagoas

Gustavo Phillipe Rocha de Lima - Universidade Federal de Alagoas

Joelma Alves da Silva Araújo – Secretaria de Saúde de Arapiraca, AL

Josineide Soares da Silva - Universidade Federal de Alagoas

Palavras-chave: Lesões cutâneas. Pé Diabético. Enfermagem. Prevenção.

Resumo

O tratamento de feridas vem sendo tema destacado em diversos setores profissionais da área de saúde no mundo todo. Diante disso, torna-se importante que o Enfermeiro e o aluno de enfermagem realizem a Sistematização da Assistência de Enfermagem a pacientes portadores de feridas crônicas, contribuindo assim para uma assistência qualificada, especializada, facilitando dessa maneira, a recuperação do paciente. O projeto feridas têm alma tem por objetivo ofertar aos acadêmicos de enfermagem um projeto para que possam realizar educação em saúde: ações de prevenção e promoção à saúde com enfoque nas lesões crônicas, possibilitando a interação ensino/aprendizagem/prática. O trabalho está sendo desenvolvido através do projeto de extensão PIBIP-Ação em Arapiraca-AL, o atendimento é realizado no Ambulatório de Feridas e Pé Diabético. Foram realizadas diversas atividades durante o projeto, que partiram desde a troca de curativo a salas de espera, registro de enfermagem, acompanhamento da evolução da ferida através de registro fotográfico e da medição da ferida; visitas domiciliares. O papel do aluno não se restringe apenas à execução dos curativos prescritos e o profissional da enfermagem preenche uma lacuna importante no tratamento das feridas; sua figura é preponderante. Sendo assim, é importante salientar as ações de prevenção e promoção à saúde com enfoque nas lesões crônicas e na redução das dores físicas ocasionadas pelo processo de perda tecidual e redução das complicações relacionadas às feridas crônicas e Pé Diabético

Introdução

Cuidar de feridas é um processo dinâmico, complexo que requer uma atenção especial principalmente quando se refere a uma lesão crônica. Deve-se levar em consideração que as feridas crônicas evoluem rapidamente, são refratárias a diversos tipos de tratamento e decorre de condições predisponentes que o impossibilitam a normal cicatrização. O tratamento de feridas vem sendo tema destacado em diversos setores profissionais da área de saúde no mundo todo. É uma prática milenar que, nos primórdios da civilização estava intimamente ligada a costumes e hábitos populares e, com o desenrolar da história e do desenvolvimento tecnológico conquistou seu merecido cunho científico (Telma GEOVANINI; JUNIOR, 2010; BELCZAK, 2007).

O que vivenciamos nos dias de hoje, de forma crescente, são profissionais, instituições e indústrias se empenhando e buscando a excelência para proporcionar ao portador de feridas crônicas, um tratamento eficaz em curto prazo que possam trazer maior conforto e breve retorno à normalidade de sua vida. Dentro deste contexto torna-se importante que o Enfermeiro e o aluno de enfermagem realizem a Sistematização da Assistência de Enfermagem a pacientes portadores de feridas crônicas, contribuindo assim para uma assistência qualificada, especializada, facilitando dessa maneira, a recuperação do paciente (SILVA et al, 2011; SALOMÉ; ESPOSITO, 2008).

Com o aumento do número de pacientes portadores de Feridas Crônicas e Pé diabético entre os usuários diabéticos e hipertensos, bem como em portadores de vasculopatias é de suma importância a realização do projeto voltado a assistência de enfermagem ao portador de feridas, pois visa a melhoraria da qualidade de vida através de prevenção e promoção a futuras lesões crônicas e pé diabético. Além de atender aos pacientes encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde, reduzir as complicações das lesões crônicas e melhorar a autoestima dos usuários. Dessa forma a realização do “Projeto de Extensão Feridas têm alma” proporcionou aos acadêmicos do Curso de Enfermagem Campus Arapiraca a fixação do aprendizado quanto às feridas e melhoria do atendimento aos pacientes portadores de feridas crônicas. O projeto teve por objetivo ofertar aos acadêmicos de enfermagem um projeto para que possam realizar educação em

saúde: ações de prevenção e promoção à saúde com enfoque nas lesões crônicas, possibilitando a interação ensino/aprendizagem/prática.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo com o resultado final das ações desenvolvidas através do projeto de extensão PIBIP-Ação no Ambulatório de Feridas e Pé Diabético em Arapiraca-AL, desde fevereiro de 2014 a agosto de 2014, coordenado pela professora Enfermeira da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), supervisionado por uma enfermeira do Município e desenvolvido por três acadêmicos do 8º período de enfermagem da Universidade referida. As atividades são executadas nos dias de segundas e quartas-feiras durante o período da tarde com duração de 4 horas, atendendo uma quantidade variável de pacientes.

Resultados e Discussão

As ações contempladas pelo projeto são: salas de espera, abordando prevenção e promoção à saúde com enfoque nas lesões crônicas; dinâmica de grupo com os pacientes trabalhando a autoestima e o convívio social; realização de troca de curativo supervisionado; registro de enfermagem; acompanhamento da evolução da ferida através de registro fotográfico e da medição da ferida; visitas domiciliares para dar continuidade ao tratamento ofertado no Ambulatório de Feridas e Pé Diabético e para integração com o ambiente que o paciente vive. Além disso, houve participação na elaboração de trabalhos científicos e nos estudos de casos, junto com a enfermeira do ambulatório, capacitações a respeito do tema feridas com os profissionais do Município e com os técnicos de enfermagem e enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde.

Cuidar da ferida de alguém vai muito além dos cuidados gerais ou da realização de um curativo e prestar um cuidado de qualidade aos pacientes com patologias é um desafio a ser enfrentado por toda a equipe, em especial pelo enfermeiro, por ser o protagonista nesse cuidado, porém não impossível, cabendo a toda equipe buscar sempre a excelência no atendimento. Dessa forma, o projeto “Feridas têm alma” desempenha um papel muito importante para a valorização dessa assistência perante toda a sociedade, tendo em vista que o ambulatório realiza um serviço de saúde focado nessa especialidade, consequentemente o cuidado e o tratamento de feridas tendem a compreender o ser humano em seu contexto biopsicossocial.

Através do projeto foi possível compreender mais sobre as patologias e em especial as que se destacam no ambulatório que são: ferida por trauma, queimadura, úlcera venosa, pé diabético, úlcera por pressão, e perceber o quão importante é o ambulatório para a redução das complicações relacionadas às feridas crônicas e pé diabético, melhora da qualidade de vida do paciente, melhora da autoestima, atendimento de qualidade e humanizado e o tratamento completo dos portadores de feridas crônicas e pé diabético. Para a formação dos discentes o envolvimento nas ações ao portador de ferida crônica e pé diabético, interação com a equipe multidisciplinar do local, estimulação a pesquisa, desenvolvimento de habilidades da semiotécnica e o aprofundamento do conhecimento sobre feridas e tratamentos, são imprescindíveis e contribuem muito para a formação.

Portanto, é notório que a prática de Enfermagem na área de feridas vem se reorientando, e exige que o enfermeiro se instrumentalize com novos saberes e técnicas, para que o seu cuidado esteja em consonância com as necessidades da sociedade e das novas práticas sanitárias. A busca por novas estratégias, por todos que fazem a assistência no Ambulatório de Feridas e Pé Diabético de Arapiraca, na otimização da recuperação do paciente e compreensão dos fatores que afligem a essência do ser humano em um contexto psicossocial e humano, evidenciam o êxito na assistência.

Conclusão

O papel do aluno não se restringe apenas à execução dos curativos prescritos e o profissional da enfermagem preenche uma lacuna importante no tratamento das feridas; sua figura é preponderante. Por essa razão, a participação de acadêmicos de enfermagem nas ações desenvolvidas para a prevenção, promoção e tratamento de feridas tem relevância pela troca de experiências vivenciadas pelo aluno, Enfermeiros e equipe multiprofissional do serviço, favorecendo dessa forma o desenvolvimento de habilidades teóricas científicas, assim como também estimular o aluno a refletir sobre os cuidados dispensados aos pacientes portadores de lesões crônicas o que leva a busca por novos aprendizados favorecendo a produção de conhecimento e de pesquisas.

É necessário reconhecer a importância do tratamento de feridas para a promoção de políticas de saúde adequadas, todo tratamento deve ser individualizado e deve se considerar além da evolução da lesão e dos fatores socioeconômicos e operacionais envolvidos, o ser humano em toda a sua dimensão biopsicossocial e espiritual e também o ambiente do cuidado. Experiências como esta possibilitam uma troca de conhecimentos e transformação consciente e efetiva do cuidado integrado, favorecendo o melhor aprofundamento do tema. É importante salientar as ações de prevenção e promoção à saúde com enfoque nas lesões crônicas e na redução das dores físicas ocasionadas pelo processo de perda tecidual e redução das complicações relacionadas às feridas crônicas e Pé Diabético. Além de contribuir para que o paciente aprenda a cuidar de sua ferida, assumindo na medida do possível o seu cuidar.

Referências

Telma GEOVANINI, T.; JUNIOR, A.G.O. Manual de Curativos 4º tiragem – Setembro/2010, Editora Corpus. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/abordagem-do-profissional-enfermeiro-no-tratamento-de-curativos-cirurgicos/39725/#ixzz2MDFUNK1k>>.

BELCZAK, C. E. Q. et al. Relação entre a mobilidade da articulação talocrural e a úlcera venosa. **J. vasc. bras.** [online]. 2007, vol.6, n.2, pp. 149-155. ISSN 1677-5449.

SILVA, R.C.L.; FIGUEIREDO, N.M.A.; MEIRELES, I.M.; COSTA, M.M.; SILVA, C.R.L. Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem. **Rev. Ampl.** São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2011.

SALOMÉ, G.M.; ESPÓSITO, V.H.C. Vivências de acadêmicos de enfermagem durante o cuidado prestado às pessoas com feridas. **Rev Bras Enferm.** Brasília; 2008.

Agradecimentos

Primeiramente agradecemos a Deus, porque nada é possível sem a sua benção. Nada seria possível, Senhor, sem sua força, luz e conforto.

Agradecemos ao quadro de professores de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas/Campus Arapiraca, que despertaram o interesse constante pelo saber e que proporcionaram momentos inesquecíveis com os pacientes.

Agradecemos a nossa orientadora e coordenadora do Projeto Feridas têm alma, Josineide Soares da Silva, por ser a idealizadora desse projeto e por nos permitir fazer parte dele.

Agradecemos a Enfermeira e diretora do Ambulatório de Feridas e Pé Diabético de Arapiraca, Joelma Alves da Silva Araújo, pelo acolhimento, pela paciência e por todo o incentivo de tudo que se referi a busca pelo conhecimento.

PROJETO INTEGRANTES DA UNIDADE DE PALHAÇOTERAPIA INTENSIVA- IUPI: UM PROJETO LÚDICO PARA CRIANÇAS HOSPITALIZADAS

Autora Mayara Pryscilla Santos Silva – Universidade Federal de Alagoas-UFAL, Email: Mayara.enfermagem.ufal@gmail.com

Autora Chrisllaine Rodrigues Maciel – Universidade Federal de Alagoas-UFAL

Autor Felipe Carvalho Farias – Universidade Federal de Alagoas-UFAL

Autora Jamila Karen Alves da Silva – Universidade Federal de Alagoas-UFAL

Autora Juliana Targino dos Santos – Universidade Federal de Alagoas-UFAL

Autor Rodrigo Freitas Monte Bispo – Universidade Federal de Alagoas-UFAL

Palavras-chave: Ludoterapia. Criança hospitalizada. Enfermagem pediátrica.

Resumo

O emprego da ludoterapia no ambiente hospitalar contribui para o funcionamento psíquico, cognitivo e comportamental, permitindo a criança autonomia, bem como enfrentamento de suas dificuldades, sobretudo durante o processo de internação. Nesse sentido, é que o Projeto Integrantes da Unidade Palhaçoterapia Intensiva, busca promover a humanização no ambiente hospitalar, utilizando a figura lúdica, a partir de visitas semanais aos pacientes de um complexo hospitalar, por voluntários caracterizados de palhaços doutores capacitados na arte do riso. Contribuindo para a criação de uma atmosfera saudável para os pacientes, acompanhantes e profissionais, favorecendo o que o ser humano necessita: dignidade, amor e alegria. Diante disso, o Projeto de Extensão Integrantes da Unidade de Palhaçoterapia Intensiva, da Universidade Federal de Alagoas – campus Arapiraca, vem apresentar este relato de experiência nas atividades de ludoterapia.

Introdução

A hospitalização prolongada pode comprometer o desenvolvimento normal da criança, devido à quebra de sua rotina anterior e ao processo de adaptação à nova realidade (rotina hospitalar: exames, procedimentos dolorosos, horários, visitas, etc.), podendo acarretar nas crianças hospitalizadas alterações físicas e mentais (PEDROSA et al., 2007). Configurando-se dessa forma, como uma experiência potencialmente traumática, pois a afasta a criança do ambiente familiar, promovendo um confronto com a dor, limitação física e passividade, sentimentos de culpa, punição e medo da morte (SOUZA et al., 2012).

Indubitavelmente as relações que ocorrem dentro do ambiente hospitalar irão influenciar diretamente o tratamento da criança. Dessa forma, os profissionais deverão possuir uma boa compreensão do ser humano (criança), das suas necessidades, das suas capacidades e de seus desejos, tornando-se evidente o fato de que, quando a relação do profissional – paciente ocorre de maneira eficiente, a assistência prestada será a mais benéfica possível (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2008).

A ludoterapia é uma técnica psiquiátrica, utilizada para tratamento de crianças com algum distúrbio psicológico, sua meta é facilitar a compreensão dos comportamentos e sentimentos pela própria criança. Deve ser conduzida por um psiquiatra, psicólogo ou enfermeiro especializado em um local preparado para esse fim (CINTRAL, 2006).

O emprego da ludoterapia por profissionais de saúde é benéfico tanto por esses profissionais quando para as crianças, segundo pesquisa o relacionamento entre o profissional e a criança torna-se mais estreito e afetivo. Além disso, os trabalhos apontam o brincar como um recurso facilitador do processo de comunicação entre as crianças, profissional e acompanhante. Quando há interação e formação de vínculo entre profissionais, crianças e famílias há menor oposição ao tratamento terapêutico e a há maior cooperação da criança frente à assistência do profissional. Por isso é importante a utilização da ludoterapia por profissionais frente as crianças, assim haverá formação de laços e um melhor ambiente terapêutico para crianças, familiares e profissionais (MAIA et al., 2011).

Estudos já comprovaram a importância do brincar para o desenvolvimento sensório-motor e intelectual da criança, assim como sua importância no processo de socialização, no desenvolvimento e aperfeiçoamento da criatividade e autoconsciência. Tem também um importante papel na formulação dos valores morais e ser um grande instrumento para a diminuição do estresse, uma vez que ao brincar,

a criança explora a sua criatividade, seus próprios limites, diminui a ansiedade, tornando-a mais alegre e com uma enorme sensação de prazer. (FRANÇANI et al., 1998).

Brincar é importante à criança, e a equipe profissional deve reconhecer essa necessidade, propiciar meios para sua realização e incorporá-la de forma sistemática na assistência diária (CINTRAL, 2006). Então, de acordo com Haiat (2003) os enfermeiros podem utilizar o brincar como estratégia de cuidado à criança hospitalizada, especialmente, em três áreas: durante a rotina diária; no preparo das crianças para a cirurgia e procedimentos invasivos e durante a realização de procedimentos dolorosos e desagradáveis.

A necessidade de brincar não deve ser eliminada quando as crianças adoecem ou são hospitalizadas, uma vez que este ato desempenha papéis importantes para a criança, como capacitá-la a sentir-se mais segura em um ambiente estranho e com pessoas que ela não está habituada. Ao dar espaço a criatividade e trabalhar com modalidades expressivas e inventivas de sua vida diária, como, por exemplo, desenho, pintura, modelagem, jogos, a criança experimenta um processo de organização do real e de sua criação, sendo, ao mesmo tempo, algo estruturante e expressivo, o que implica na transformação de significados (AZEVEDO et al., 2007).

Diante dos desafios e problemas inerentes à hospitalização infantil, percebemos que o Hospital precisa de alguma forma se tornar mais acolhedor para que o tratamento das crianças seja menos traumatizante. Os procedimentos dolorosos precisam ser intercalados com “doses de alegria” e “infusões de esperança”, tendo a ludoterapia e o brincar como peças-chaves nesse processo.

Buscando atividades que proporcionassem isso, nós, acadêmicos da Universidade Federal de Alagoas – *Campus* Arapiraca organizamos e desenvolvemos o Projeto de Extensão Integrantes da Unidade de Palhaçoterapia Intensiva (Projeto IUPI). Nosso campo de atuação é o Complexo Hospitalar Manoel André (CHAMA), localizado no município de Arapiraca-AL. Utilizamos de atividades lúdicas as quais discutiremos no decorrer deste trabalho.

Metodologia

O presente estudo trata-se de um relato de experiência, de caráter descritivo das atividades do Projeto Integrantes da Unidade de Palhaçoterapia Intensiva - IUPI. Este é um Projeto de Extensão da Universidade Federal de Alagoas - UFAL - campus Arapiraca. Criado por acadêmicos de Enfermagem e Arquitetura, através da participação anterior de um Projeto de cunho semelhante, chamado Sorriso de Plantão, e por docentes de enfermagem, em parceria com a Direção do Complexo Hospitalar Manoel André - Hospital CHAMA do Município de Arapiraca – AL.

Através de um processo seletivo, constituído através de prova escrita e de entrevista, foram selecionados vinte (20) acadêmicos. Não havia restrição quanto ao curso dos mesmos, uma vez que se objetivava uma equipe multidisciplinar e o que realmente importava era dar oportunidade a todos os discentes que tinham vontade de transmitir felicidade àqueles que estão no Hospital, sejam às crianças, aos adultos, aos acompanhantes, ou até mesmo aos profissionais. Após formação da equipe, que envolve alunos de Enfermagem, Administração Pública, Arquitetura, Letras, Serviço Social e Psicologia, houve uma capacitação para qualificação dos alunos e posteriormente, deu-se início o Projeto IUPI que se encontra em atividade desde Setembro de 2013.

A metodologia do projeto consiste em visitas semanais aos pacientes por voluntários, as quais as atividades ocorrem durante as tardes de sábado. Dividimo-nos em dois grupos com atividades quinzenais por grupo, de modo a ter plantão todos os sábados. Cada aluno participante, monitor, se caracteriza de palhaço doutor, a qual tem um nome e personalidade singular e são capacitados na arte do riso, levando atividades cômicas e lúdicas, dentre as quais se podem destacar: brincadeiras, cantigas de roda, jogos, músicas, histórias, entre outros; visando à melhoria da qualidade de vida durante a hospitalização. Além da realização de festas em datas comemorativas como Páscoa, São João, Dia das Crianças e Natal, onde ornamentamos a ala pediátrica do hospital e levamos doces e salgados, como também presentes para as crianças.

De maneira mais precisa, os plantões são divididos em alguns momentos: o primeiro é chegada e entrosamento dos integrantes que deverão estar todos os presentes às 12h30min. Segue a consulta prévia e registro dos dados dos prontuários das crianças internas no presente dia pelo líder do grupo acompanhado de outro integrante, além do questionamento a algum membro da equipe de enfermagem sobre qualquer restrição ou cuidado específico com alguma criança. Logo após, os palhaços doutores assinam a frequência, finalizam a caracterização e higienização necessária. Antes de dar início ao plantão o líder determinará qual Monitor, naquele dia, será responsável pela Resenha do Plantão, que consiste em um relato de como se deu as atividades naquele dia na percepção do palhaço doutor. A visita às crianças durante os plantões tem duração de 3 (três) horas. Todos os sábados das 13h30min às 16h30min, podendo se estender no caso de atraso do seu início, tendo assim que alcançar às 3 horas obrigatórias. Os palhaços doutores entram na pediatria em trem e cantando uma música, sendo que ao final do plantão, todos os Monitores, ainda caracterizados, retornam em formato “trenzinho” ao ambiente de caracterização, onde só aí será possível a troca de roupas. Já descaracterizado o Monitor escolhido deverá registrar a Resenha daquele plantão.

Diante do que já foi exposto, este trabalho vem, então, relatar nossa experiência ocorrida no período de setembro de 2013 a agosto de 2014.

Resultados e Discussão

A técnica da ludoterapia se iniciou no Complexo Hospitalar Manoel André, Hospital CHAMA, localizado no Município de Arapiraca, Alagoas; em 2012 com práticas advindas como extensão do Projeto Sorriso de Plantão da Cidade de Maceió, Alagoas; no entanto demos continuidade a esse trabalho, elaborando o Projeto Integrantes da Unidade de Palhaçoterapia Intensiva, Projeto IUPI, que está completando quase um ano de práticas promotoras de alegria a todas as crianças hospitalizadas na ala pediátrica. Cabe salientar, que também visitamos as crianças que estão internas na Unidade de Terapia Intensiva- UTI, visitamos também quatro crianças que fazem hemodiálise rotineiramente e bem como passamos na Retaguarda que é um setor do Hospital que ficam internos os adultos. Com a nossa atuação nesse Hospital, percebemos o quão importante são essas ações e como tornam o mesmo um ambiente acolhedor e de minimização da dor. Observamos que com o nosso trabalho abriu-se espaço no Hospital para outros projetos que tinham finalidade semelhante, de proporcionar alegria, diminuir a ansiedade e diminuir o sofrimento das crianças internas, como é o caso do Projeto Psico Risos, desenvolvido por alunos do curso de Psicologia da Universidade Federal de Alagoas com pólo em Palmeira dos Índios, Alagoas. Com quase um ano de experiência, observamos que a melhora do ambiente hospitalar depende de todos envolvidos nesse meio. A alegria desperta nas brincadeiras com as crianças e nas conversas com os acompanhantes reflete no tratamento, na relação entre os profissionais.

Percebemos que com as atividades lúdicas trouxeram benefícios para as crianças: melhoraram o humor, diminuíram o estresse e a percepção da dor, melhorou a adesão ao tratamento, proporcionou melhor relacionamento entre pais, criança e profissionais, entre outros. A relação estabelecida entre a criança e o palhaço-doutor, que utiliza a ludoterapia, através da forma natural de comunicação das crianças permite a expressão plena de sentimentos, pensamentos, experiências e comportamentos num ambiente mais acolhedor, possibilitando

um crescimento emocional adequado e uma melhor integração e adaptação social. É buscando, pois, uma aceitação maior do momento da doença pela criança e pelos familiares que a acompanham que desenvolvemos nossas atividades.

Muito mais que simples brincadeiras, são momentos que exigem muita responsabilidade. Sentimos o quanto precisamos estar bem com nós mesmos para poder ‘entrar no personagem’. É incrível como deixamos fora do hospital problemas pessoais e ficamos disponíveis para brincar, contar histórias, dançar, ou até mesmo ouvir o desabafo de uma mãe. Nossa maior recompensa são os olhinhos brilhando, os sorrisos tímidos, os abraços apertados e a sensação de paz e esperança que surgem nos rostos deles.

Uma vez que percebemos que cada criança hospitalizada deixou para trás o mundo das coisas comuns: os pais, a casa, os irmãos, a escola, os amigos, os bichos de estimação, os brinquedos. E que os acompanhantes, em sua maioria as mães, estão presentes, mas há angústia em seus semblantes. Notamos na prática a importância de nosso trabalho.

Além disso, os profissionais de forma geral interagem conosco e mostram satisfação em nos ver. Não restam dúvidas que o ambiente muda, que a ansiedade e o estresse, típicos de hospitais, são reduzidos. E, principalmente, notamos que a criança encontra um espaço mais confortável, apesar de estar longe de casa.

É para minimizar a angústia dessa fase de internação que damos ‘doses’ de alegria, injeções de ‘esperança’ e atenção a quem muitas vezes só quer ser ouvido. Sabemos que um dia sentiremos saudades disso tudo. E esperamos que, mesmo sem estar de palhaço doutor, seja possível deixar o futuro ambiente de trabalho o mais acolhedor e humano possível. Afinal, boas relações pessoais e sensibilização com a dor do outro são pequenas atitudes com grandes consequências positivas e benéficas a todos.

Conclusão

A proposta terapêutica a partir das atividades lúdicas desenvolvidas pelos Integrantes da Unidade de Palhaçoterapia Intensiva no ambiente de internação pediátrica propiciaram as crianças, resultados positivos, na medida em que tornou o ambiente hospitalar mais agradável e permitiu que as crianças vivenciassem a situação desagradável que se encontravam de forma mais agradável e humanizada.

Na vivência de atividades lúdicas desenvolvidas durante a trajetória acadêmica, pode-se perceber a importância do projeto tanto para os pacientes, familiares e acompanhantes como para os profissionais de saúde. As crianças apresentam evidências clínicas de melhora,

além de ficar mais à vontade com o ambiente hospitalar e mais colaborativas com os profissionais de Saúde. Os familiares e acompanhantes ficam mais confiantes em relação à resposta ao tratamento. Os profissionais de Saúde passam a buscar novas formas de aproximação com as o público infantil e a reconhecê-los como crianças e não unicamente como paciente, além de promover um ambiente de trabalho calmo e inovador.

O projeto leva para Universidade e acadêmicos uma oportunidade de vivenciar práticas diferentes das vivenciadas na rotina acadêmica com uma visão humanizada, contribuindo para a amenização do sofrimento das crianças em período de internação, e reflete como uma forma de “fazer o bem sem olhar a quem”.

Referências

- AZEVEDO, D.M. et al. O brincar como instrumento terapêutico na visão da equipe de saúde. **Cienc Cuid Saude**, v. 6, n. 3, p. 335-341, Jul. / Set, 2007.
- CINTRAL, S.M.P. et al. O ensino do brinquedo/brinquedo terapêutico nos cursos de graduação em enfermagem no Estado de São Paulo. **Rev. bras. enferm.** v.59, n. 4, p. 497-501, Jul. / Aug., 2006.
- FRANÇANI, G.M. et al. Prescrição do dia: Infusão de alegria. Utilizando a arte como instrumento na assistência à criança hospitalizada. **Rev.latino-am.enfermagem**, v. 6, n. 5 - p. 27-33 - dezembro 1998.
- HAIAT, H; BAR-MOR, G; SHOCHAT, M. The world of the child: a world of play even in the hospital. **J Pediatr Nurs**. 2003.
- MAIA, E.B.S. et al. Compreendendo a sensibilização do enfermeiro para o uso do brinquedo terapêutico na prática assistencial à criança. **Rev Esc Enferm USP**, v.45, n. 4, p. 839-46, 2011.
- OLIVEIRA,R.R.; OLIVEIRA, C.S.O. Os Doutores da Alegria na Unidade de Internação Pediátrica: Experiências da Equipe de Enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 12, n. 2, p. 230 – 6, jun., 2008.
- PEDROSA, A.M. et al. Diversão em movimento: movimento: um projeto lúdico para crianças hospitalizadas no Serviço de Oncologia Pediátrica do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.7, n. 1, p. 99-106, jan. / mar., 2007.
- SOUZA, L.P.S. et al. O Brinquedo Terapêutico e o lúdico na visão da equipe de enfermagem. **J Health Sci Inst**, v. 30, n. 4, p.354-8, 2012.

Agradecimentos

Queremos agradecer a Deus, por sempre nos conceder força e nos capacitar para realização desse trabalho, que é um ato de amor que tanto nos edifica.

À Coordenação desse Projeto, porque sem o empenho e dedicação destes, o Projeto IUPI não existiria.

Ao Diretor e todos os profissionais do Complexo Hospitalar Manoel André, Hospital CHAMA, que nos receberam de braços abertos e sempre nos apoiam.

À Universidade Federal de Alagoas que permitiu a construção e o funcionamento desse Projeto.

Ao professor Rodrigo Freitas Monte Bispo, que com sua generosidade aceitou nos orientar no Projeto e ajudar nos relatos para submissões de trabalhos em eventos acadêmicos.

Aos pais das crianças hospitalizadas por todos os gestos de carinho e incentivo.

Às crianças hospitalizadas, porque mesmo em meio a situação em que se encontram nos proporcionam momentos inesquecíveis e gratificantes.

Aos nossos amigos do Projeto, digo irmãos, pois construímos a família IUPI juntos, pelos momentos de atividades e alegrias compartilhados.

E por fim, aos nossos familiares e amigos pelo incentivo, compreensão e apoio nessa nossa jornada de proporcionar alegria que tanto amamos.

PROJETO SERRINHA DE ACOMPANHAMENTO FAMILIAR ATUANDO NA PROMOÇÃO DE SAÚDE NA PERIFERIA DE FORTALEZA.

Larissa Gladya Viana Santos – Universidade Federal do Ceará – larissagladya@gmail.com

Lirennna de Paiva Narciso – Universidade Federal do Ceará

Taís Castelo de Oliveira – Universidade Federal do Ceará

Karla Oliveira da Silva – Universidade Federal do Ceará

Nilo Alberto Carvalho Guerra – Universidade Federal do Ceará

Luciano Pamplona de Góes Cavalcanti – Universidade Federal do Ceará

Palavras-chave: Extensão. Promoção da saúde. Prevenção de doenças. Estudantes de Medicina. Medicina de Família e Comunidade

Resumo

Tendo como base de trabalho o núcleo familiar, desde 1997, o Projeto Serrinha de Acompanhamento Familiar (PROSAF) atua na promoção da saúde e na prevenção de doenças da população carente de diferentes faixas etárias, residentes nas comunidades Neo e Garibaldi do bairro da Serrinha, Fortaleza, Ceará. São trabalhadas quatro diferentes faixas etárias (idosos, gestantes, adolescentes e crianças de até um ano) a partir de três ações que visam: orientação, acompanhamento e incentivo. A orientação ocorre, essencialmente, no tocante a doenças e agravos à saúde, assim como informações relevantes para melhoria da qualidade de vida de cada grupo atendido, visando prevenir possíveis situações de risco. O acompanhamento é realizado regularmente com crianças e idosos, por meio de visitas/encontros semanais, respectivamente avaliados por meio de parâmetros específicos para cada faixa etária. No caso das crianças, por exemplo, é realizada a medida de perímetro cefálico e, aferição de pressão arterial, nos idosos. Quanto ao incentivo, procura-se estimular a adoção de hábitos saudáveis, como a realização de atividades físicas, uma alimentação balanceada e a prática de atividades de lazer. Assim, são desenvolvidas atividades com diferentes propostas: “Caminhada contra Hipertensão e Diabetes”, “Encontro com as Gestantes”, “Atividade de Puericultura”; “Atividade sobre DST’s e Planejamento Familiar com Adolescentes”. Além de promover o bem-estar da população, o PROSAF proporciona aos seus integrantes (estudantes de medicina) uma importante experiência de crescimento pessoal e profissional, embasada no respeito e no acolhimento ao próximo, o que contribui para a formação de cidadãos com responsabilidade social.

Introdução

O Projeto Serrinha de Acompanhamento Familiar (PROSAF) foi criado em 1997 e tem como pilar principal a Extensão. A Extensão Universitária, reconhecida legalmente como atividade acadêmica na década de 80, foi conceituada no I Encontro Nacional de Pró-Reitores de Extensão como: “o processo educativo, cultural e científico que articula o Ensino e a Pesquisa de forma indissociável e viabiliza a relação transformadora entre Universidade e Sociedade” (Plano Nacional de Extensão Universitária, 2001). Desta forma, o PROSAF se propõe a modificar a realidade social de uma comunidade carente de Fortaleza, promovendo a saúde e prevenir doenças através de atividades educativas e de caráter contínuo. Suas atividades ocorrem todos os sábados nas comunidades Neo e Garibaldi, no bairro Serrinha, em Fortaleza. Essas atividades são realizadas por estudantes de medicina da Universidade Federal do Ceará e abrangem idosos, crianças até 1 ano, adolescentes e gestantes, visando a promoção da saúde nessa localidade e possibilitando a integração social e o compartilhamento de experiências e conhecimento. Além disso, capacitações internas, para os estudantes, são feitas regularmente, dando suporte científico para que possam exercer seu papel efetivamente durante as atividades. O projeto também participa de inúmeros congressos e, mais recentemente, obteve o 1º lugar como projeto de extensão que atua com a população idosa durante o "Encontro das Ligas do VII Congresso Norte-Nordeste de Geriatria e Gerontologia" no ano de 2013.

Metodologia

Entre as atividades realizadas, destacamos:

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde ³²⁵

Encontro com as Gestantes: é realizado um encontro semestral com gestantes da comunidade da Serrinha, na escola Giuliana Galli. Essa atividade tem por objetivo orientar as gestantes e tirar suas dúvidas a respeito da gestação. Nesse momento, também é feito o cadastro das crianças para o acompanhamento na Puericultura.

Puericultura: São realizadas 4 visitas domiciliares durante o primeiro ano de vida da criança por dois membros do PROSAF nas comunidades da Serrinha, em Fortaleza. As crianças são cadastradas a partir do encontro das gestantes e, de acordo com sua faixa etária, as visitas são realizadas. Essas visitas acontecem todos os sábados e visam avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor da criança. Cada bebê é pesado, medido na altura e no perímetro encefálico, bem como acompanhado no que diz respeito ao calendário vacinal, amamentação, hábitos de higiene e alimentação. Todas essas informações são utilizadas para o preenchimento de uma ficha de acompanhamento do bebê. Além disso, há o esclarecimento de dúvidas das mães sobre os diferentes tópicos e o fornecimento de informações úteis aos pais. Nesse momento, também são avaliados os riscos à saúde relacionados ao ambiente que cada criança está submetida. Quaisquer alterações necessárias e importantes, que não puderem ser atendidas pelos estudantes do PROSAF, as informações são repassadas às equipes de saúde do município para as providências necessárias.

Caminhada Contra Hipertensão e Diabetes: realizada todos os sábados no Campus do Itaperi. O público alvo é de idosos hipertensos e/ou diabéticos. É acompanhado um grupo de, aproximadamente, 35 idosos. São medidas as pressões de cada um deles, realizada uma atividade de alongamento e uma caminhada com cerca de 40 minutos. Ao final de cada atividade, um lanche rico em frutas é oferecido para os participantes.

Caminhada Fora: Trata-se de uma extensão da “Caminhada contra Hipertensão e Diabetes”. Realizamos uma atividade semestral envolvendo caminhada, atividade recreativa e entrega de brindes àqueles idosos mais assíduos durante o semestre. Primeiro aferimos a pressão arterial dos participantes e depois o grupo é levado a caminhar em um local diferente do habitual, como em praias, parques ou centros culturais. Um dos objetivos dessa atividade é uma confraternização com os idosos acompanhados, já que é a última atividade realizada durante o semestre letivo.

Encontro com Adolescentes – Prevenindo as DST: São promovidos dois encontros semestrais com adolescentes da oitava série estudantes de Escolas Públicas de Fortaleza. Antes das aulas é aplicado um pré-teste com o conteúdo que será apresentado, para avaliar os conhecimentos prévios dos estudantes. As aulas são ministradas pelos integrantes do PROSAF e abordam as principais doenças sexualmente transmissíveis, os métodos anticoncepcionais, além de breve explicação sobre a anatomia e a fisiologia dos

sistemas reprodutores masculino e feminino. Esse encontro é autorizado pelas Escolas envolvidas, com antecedência, e o material utilizado é adequado à faixa etária trabalhada.

Encontro com Adolescentes – Planejamento familiar: Uma intrincada rede de fatores confere à gravidez na adolescência um grau elevado de risco para a mãe e para a criança, especialmente as de classes populares. As consequências de uma gravidez na adolescência se fazem sentir tanto na morbidade/mortalidade de mãe e bebê quanto nos impactos econômico, educacional-escolar e social. Diante dessa circunstância, o PROSAF resolveu criar essa nova atividade em 2007. São promovidos 2 encontros semestrais com adolescentes que cursam a nona série em 2 escolas de Fortaleza, com a apresentação dos principais métodos anticoncepcionais e a realização de um debate sobre Gravidez na Adolescência e sobre as vantagens e desvantagens de cada método. Após essas aulas, o pós-teste é aplicado, visando verificar se houve o aprendizado. Tudo isso é realizado com dinâmicas e debates, buscando envolver e despertar o interesse dos alunos e também conta com a autorização da escola.

Resultados e Discussão

Caminhada Contra Hipertensão e Diabetes: dentre os 34 idosos acompanhados pelo Projeto, 33 (97%) são do sexo feminino. A média de idade é de 66,7 anos e o tempo médio de participação no grupo de 60,4 meses, ou seja, de aproximadamente 5 anos. Com esse tempo e segundo avaliação realizada recentemente já é possível perceber mudanças importantes na vida desses idosos. Quando indagados sobre sua vida e os possíveis impactos das atividades do PROSAF percebemos que 5,9% admitiram esquecer menos de tomar seus remédios; 32,4% afirmam ter adotado uma alimentação mais saudável; 61,8% afirmaram ter reduzido o estresse; 73,5% conseguiram aumentar a disposição. Entretanto, 17,6% declararam não ter ocorrido mudanças significativas em suas vidas.

Sendo assim, a avaliação mostra ser viável a influência positiva da atividade física na qualidade de vida dos idosos acompanhados, como redução do estresse e melhora na disposição. Além disso, foi percebido uma melhora nos hábitos de alimentação relatado pelos participantes. Isso sugere que o incentivo à prática regular de exercícios físicos com as recomendações adequadas realmente resultou em melhora na qualidade de vida de aproximadamente 75% dos participantes, sugerindo um impacto positivo dessas práticas.

Encontro com adolescentes: em cada encontro, participam cerca de 80 jovens com faixa etária entre 13 e 17 anos e média de idade de 15,1 anos para as turmas de 9º ano e de 13,7 anos para as turmas 8º ano. Segundo análise dos pré e pós-testes houve apreensão de conhecimentos acerca das doenças sexualmente transmissíveis, no que concerne a sintomatologia, modos de infecção e prevenção, em 32%. Demonstrando assim o impacto dessa atividade entre os jovens, que também serão atuantes na propagação desse conhecimento.

Encontro das Gestantes: avaliando o período de 2012 até março de 2014 acompanhamos um total de 46 gestantes em nossas atividades. Assim, conseguimos esclarecer dúvidas a respeito dessa fase tão especial na vida de uma mulher e ensinar acerca de cuidados especiais e sinais importantes durante a gravidez e isso se mostra muito importante, pois percebe-se que elas se sentem bastante confortáveis quando fazem as perguntas e também porque aprendem bastante sobre a gravidez. Todas as gestantes cadastradas no PROSAF, automaticamente terão seus bebês acompanhados durante a puericultura.

Puericultura: do ano de 2012 até o momento presente (março de 2014) foram realizadas 126 visitas de puericultura, perfazendo um total de 34 crianças acompanhadas pelo projeto nesse período. Tudo isso mostra-se muito positivo tanto para as comunidades do bairro Serrinha, que se beneficiam diretamente dessa atividade, quanto para outras comunidades de Fortaleza, pois possibilita que os pais adquiram o conhecimento transmitido pelos membros do projeto e compartilhem-nos com amigos e familiares que morem em outros bairros da capital.

Conclusão

O Projeto Serrinha de Acompanhamento Familiar, com mais de 16 anos de atuação no bairro, mostra-se como ferramenta importante de promoção da saúde e de prevenção de doenças nas comunidades Neo e Garibaldi. Nesse período de atuação, centenas de pessoas já foram beneficiadas com as atividades do projeto, sugerindo que os objetivos primeiramente propostos pelo PROSAF conseguem ser cumpridos com êxito. Além disso, esse contato promove uma maior integração médico-paciente, ampliando a formação médica dos estudantes de Medicina. Isso gerou reconhecimento e aceitação por grande parte das pessoas das comunidades abrangidas. Em 2013, esse reconhecimento do Projeto pode ser observado com a participação e a premiação em congressos, como o melhor projeto em

atividade com idosos no Encontro das Ligas no VII Congresso Norte-Nordeste de Geriatria e Gerontologia. O PROSAF conta ainda com a participação no Congresso Brasileiro de Educação Médica e no Dia Mundial da Saúde. Outro aspecto positivo ocorreu em 2006, quando concorrendo com mais 90 trabalhos de todo o País, o PROSAF ficou com o 1º lugar no Prêmio Saúde Brasil. Desta forma, o Projeto vem diversificando suas áreas de atuação, para atender sempre um maior número de residentes dessas localidades carentes e principalmente a partir das atividades realizadas todos os sábados tem promovido uma mudança de comportamento entre os estudantes que tem a oportunidade de ver de perto as limitações e necessidades da comunidade. Isso contribuirá de forma decisiva para formarmos médicos mais sensíveis às realidades encontradas na periferia das grandes cidades e interior do Ceará.

Referências

Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras e SESu/MEC (2001). *Plano Nacional de Extensão Universitária*. Brasil. Acesso em 28 de julho de 2014, disponível em <http://www.portal.ufpa.br/docsege/Planonacionaldeextensaouniversitaria.pdf>

Agradecimentos

Agradecemos, inicialmente, a todos os cidadãos residentes no Bairro da Serrinha, por sua disponibilidade, atenção e experiência; e por estarem sempre dispostos a nos receber em suas casas. Também somos gratos a todos os idosos participantes das nossas atividades, por doarem um pouco de seu tempo toda semana, durante tantos anos, compartilhando suas trajetórias e suas alegrias. Agradecemos aos nossos amigos, integrantes do PROSAF, e ao nosso orientador, Professor Luciano, por nos apoiarem e por dividirem a honra de fazer parte desse projeto.

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: UMA EXPERIÊNCIA DE CUIDADO NA SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ NA ADOLESCÊNCIA

Autor 1 – Eline de Vasconcelos Barbalho Faculdades INTA – elinebarbalho@gmail.com

Autor 2 – Erika de Vasconcelos Barbalho – Universidade Estadual do Ceará - erikavascb@gmail.com

Autor 3 – Samila Sousa Vasconcelos – Universidade Estadual do Ceará – samilasousa@hotmail.com

Autor 4 – Athus Bastos Brandão Faculdades INTA – athusbrandao@gmail.com

Autor 5 – Francisco José Maia Pinto – Universidade Estadual do Ceará - maiapinto@yahoo.com.br

Palavras-chave: Adolescência. Guillain-Barré. Projeto Terapêutico Singular.

Resumo

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Guillain-Barré é uma polirradiculoneuropatia desmielinizante, por uma inflamação progressiva e aguda que afeta o Sistema Nervoso Periférico e se desenvolve, frequentemente, após infecções. **OBJETIVO:** Relatar a experiência de fisioterapeutas trabalhadores da Atenção Secundária na assistência a um paciente adolescente com Síndrome de Guillain-Barré, e sua experiência na construção de um Projeto Terapêutico Singular. **METODOLOGIA:** estudo de natureza descritiva, relato de experiência, realizado na cidade de Sobral, Ceará. **Sujeitos envolvidos:** profissionais da Equipe de Saúde da Família e do NASF do bairro Vila União de Sobral, equipe do Centro de Reabilitação de Sobral, um usuário referenciado pela equipe e sua família. **Locais da pesquisa:** Unidade Básica de Saúde da Vila União, Centro de Reabilitação de Sobral e a residência do paciente. **Período:** de abril de 2012 à outubro de 2012. **RESULTADOS:** O projeto terapêutico singular se deu com reuniões entre a equipe da UBS, NASF, profissionais da Atenção Secundária e família do paciente. Nessas reuniões, os profissionais relatavam suas percepções sobre o caso e desenvolviam uma compreensão coletiva, para que pudessem nortear as intervenções necessárias para o caso. Isso aconteceu em quatro momentos: diagnóstico situacional, definição de metas, divisão e responsabilidades e reavaliação. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os resultados positivos do tratamento demonstram a importância de se propiciar uma atenção integral ao paciente. Esse tratamento se deu de forma interdisciplinar, holístico e através da corresponsabilização de cada profissional envolvido no processo, onde foi proporcionada uma rede de apoio e de cuidados ao paciente e à sua família.

Introdução

A Síndrome de Guillain-Barré (SGB) é uma polirradiculoneuropatia desmielinizante. Possui origem autoimune adquirida e monofásica. É uma inflamação progressiva e aguda que afeta o Sistema Nervoso Periférico e se desenvolve, frequentemente, após infecções (FUNES; MONTERO; CARRANZA, 2002). Geralmente, uma infecção viral respiratória ou intestinal antecede a instalação da fraqueza. Alguns achados relacionam vacinação contra a influenza com a SGB (DOURADO; FREITAS; SANTOS, 1998).

Epidemiologicamente, a SGB é uma das formas mais frequentes de neuropatia, constituindo a que apresenta evolução mais rápida e potencialmente fatal (TORRES; SÁNCHEZ; PÉREZ, 2003). É a maior causa de paralisia flácida generalizada no mundo com incidência anual de 2 a 4 por 100.000 habitantes e pico entre 20 a 40 anos de idade (VUCIC; KIERNAN, 2009).

Na maioria dos casos, a SGB é caracterizada por uma debilidade progressiva, que dura em torno de quatro semanas, uma fase de estabilidade (platô) e um período de recuperação que pode durar meses (BOLAN et al., 2007). Normalmente, apresenta quadro de fraqueza rapidamente progressiva, podendo evoluir para falência respiratória. Nos casos mais graves, pode-se instalar insuficiência respiratória, a arritmias cardíacas, sudorese e picos hipertensivos. Até 25% dos pacientes podem necessitar de suporte ventilatório (NOVIELLO et al., 2008).

O tratamento da Síndrome de Guillain-Barré é complexo e prolongado, exigindo a interação de toda uma equipe multi e interdisciplinar (PONTES; HENRIQUE; SPUZA, 2013).

O modelo de atendimento multiprofissional reconhece a necessidade de múltiplos profissionais que avaliem e interfiram terapeuticamente, de acordo com a situação e necessidades da criança e de sua patologia. Entretanto, o resultado obtido com o tratamento, será um somatório das atividades individuais de cada profissional, através de suas decisões e de seu modo de trabalho isoladamente. Este modelo

pode conduzir a intervenções e tratamentos, eventualmente, contraditórios ou concorrentes, sendo difícil a definição de prioridades. Tornando-se difícil avaliar e tratar o paciente de forma holística, conforme proposto pelo Sistema Único de Saúde. O modelo interdisciplinar, em contrapartida, gera um atendimento mais integrado, prestando um serviço ao usuário com globalidade e totalidade. Nele, há uma interação formal de trabalho em equipe, em que as informações são compartilhadas e as prioridades, decididas de forma conjunta. O fator decisivo para a tomada de decisão, neste caso, é o planejamento entre os profissionais (FRANCO, 2007).

Pinto et al. (2011) complementam que o trabalho acima configura um Projeto Terapêutico Singular (PTS) ao incorporar a noção interdisciplinar que abrange a contribuição de várias especialidades e distintas profissões, em uma discussão prospectiva. Depois de uma avaliação compartilhada sobre as condições do usuário, são acordados procedimentos a cargo de diversos membros da equipe multiprofissional, denominada equipe de referência. Esta empreendem a construção de responsabilidade singular e vínculo estável entre equipe e usuário/família. Cada profissional de referência terá o encargo de acompanhar as pessoas ao longo de todo seu tratamento naquela organização, providenciando a intervenção de outros profissionais ou serviços de apoio consoante necessário e, finalmente, assegurando sua alta e continuidade de acompanhamento no sistema.

Neste contexto, a dimensão singular é a essência do PTS, é o locus onde se inscreve a concepção de ser humano que determina a ação de saúde oferecida para alcançar o objetivo de criar produtos de saúde: cuidar, melhorar a qualidade de vida dos usuários, ampliar o entendimento e a apropriação do processo saúde-doença (BOCCARDO et al., 2011).

Metodologia

Este é um estudo de natureza descritiva, do tipo relato de experiência, realizado na cidade de Sobral, Ceará. Os sujeitos envolvidos foram os profissionais da Equipe de Saúde da Família e do NASF do bairro Vila União de Sobral, a equipe do Centro de Reabilitação de Sobral, 01 usuário referenciado pela equipe e sua família. Os locais da pesquisa foram a Unidade Básica de Saúde da Vila União, o Centro de Reabilitação de Sobral e a residência do paciente. O período foi de Abril de 2012 à Outubro de 2012. **Relato do Caso:** JGA,

16 anos, residente na cidade de Sobral, deu entrada na Santa Casa de Misericórdia de Sobral no dia 24 de Março de 2012, com quadro de parestesia em membro inferior esquerdo, evoluindo em 24 horas, para uma tetraparesia generalizada. Paciente com história de

gastroenterite prévia (duas semanas antes do início dos sintomas). Na avaliação médica, apresentou quadro de tetraparesia e hipotonia generalizada, apresentando movimentos residuais de cervical. Não houve comprometimento respiratório. Como exame radiológico, realizou Tomografia Axial Computadorizada de Crânio, e a mesma estava normal. Permaneceu dezessete dias internado, fazendo uso de imunoglobulina intravenosa. No momento da alta, o paciente apresentava movimentos residuais em cervical e músculo elevador da escápula. O serviço social hospitalar contra referenciou o paciente para sua Unidade Básica de Saúde, onde ficou recebendo acompanhamento do agente de saúde, do enfermeiro e do nutricionista (através do serviço do NASF). Além disso, foi discutido sobre a importância da elaboração do Projeto Terapêutico Singular como uma forma de proporcionar um cuidado ao usuário baseado na clínica ampliada. Desta forma, foi aberto um PTS. Da atenção básica, o paciente foi referenciado para o Centro de Reabilitação de Sobral, onde recebeu, a princípio, acompanhamento fisioterapêutico, psicológico e neurológico. Entretanto, após uma avaliação prévia, foi constatado que o mesmo necessitava, também, ser incluído no serviço de transporte adaptado fornecido pela prefeitura municipal. Além disso, o mesmo era o provedor financeiro da família, e a mesma necessitou de acompanhamento com a assistente social. Na avaliação da fisioterapia, foi observado o déficit motor generalizado, sem comprometimento respiratório. Na avaliação da psicologia, foi constatado quadro de isolamento social. **Descrição da Experiência:** OPTS se deu com reuniões entre a equipe da UBS, do NASF, com profissionais da Atenção Secundária e com a família do paciente. Nessas reuniões, os profissionais relatavam suas percepções sobre o caso e realizavam uma compreensão coletiva do paciente, para que, desta forma, pudessem nortear as intervenções necessárias para o caso. Isso aconteceu em quatro momentos. No primeiro momento chamado de “diagnóstico”, foi relatado o caso do paciente, com uma visão biopsicosocial. Os profissionais descreveram como a doença se instalou, quais as sequelas resultantes, quais os riscos que ainda precisaríamos lidar e qual a situação econômica e cultural da família. Na segunda etapa, chamada de “definição de metas”, os profissionais relataram quais as metas que deveriam ser alcançadas a curta, médio e longo prazo. Isso foi repassado para a família que estava presente, para que fosse negociado com ela, os meios para atingir esses objetivos. O terceiro momento, chamado de “divisão de responsabilidades”, aconteceu com os profissionais definindo suas responsabilidades dentro do caso e com a organização de um cronograma de atividades, para que se alcançasse uma terapêutica mais holística com o paciente. A quarta etapa, chamada de “reavaliação”, aconteceu em vários momentos, em que foi discutida a evolução do caso e a necessidade de correção da terapêutica, além da reorganização do cronograma de atividades. De todo o tratamento realizado, a fisioterapia foi a etapa que o paciente permaneceu por mais tempo, uma vez que seu maior comprometimento era motor. Após 6 meses, de acompanhamento, o paciente recebeu alta de todos os profissionais, com exceção da fisioterapia, pois o mesmo ainda precisava aprimorar suas habilidades motoras.

O paciente permaneceu em tratamento fisioterápico por um ano e dois meses, com frequência semanal de 3 sessões. No momento da alta, o paciente havia recuperado todas as suas funções e habilidades motoras e já havia voltado a realizar todas as suas atividades da vida diária, inclusive suas atividades laborais. Foi encaminhado para uma academia, onde pudesse dar continuidade às atividades de fortalecimento muscular.

Resultados e Discussão

Apesar Sistema de Saúde de Sobral ser referência desde a implantação do SUS, é possível observar um grande hiato entre a Atenção Primária, Secundária e Terciária. O diálogo entre elas raramente é uma prioridade do sistema. No caso em questão, foi de fundamental importância a relação que se desenvolveu entre a Atenção Primária e Secundária, onde foi possível que cada uma trouxesse suas contribuições para o Projeto Terapêutico Singular. Os profissionais traçaram as metas, as prioridades e cronograma de ação de forma conjunta e compartilhada. Dessa forma as ações desenvolvidas por eles se tornaram complementares, proporcionando assim uma ação efetivamente integral ao paciente.

A construção de um projeto terapêutico singular deve ser compreendida como estratégia que, em sua proposição e desenvolvimento, envolve a pessoa com Guillain Barré, seus familiares e a rede social, num processo contínuo, integrado e negociado de ações voltadas à satisfação de necessidades e produção de autonomia, protagonismo, inclusão social. Além disso, esse processo visa atingir mudanças sustentáveis, ao longo do tempo, e a redução da dependência exclusiva dos sujeitos aos serviços de saúde.

É importante salientar que a atenção fornecida pela equipe precisa englobar a família do paciente. Como foi relatado, o adolescente com a Síndrome de Guillain-Barré era o provedor financeiro da família. Sendo assim, esta sofreu modificações profundas que foram desde a questão financeira até aspectos relacionados à qualidade de vida física, psíquica e social dos cuidadores diretos e indiretos. Nesta

perspectiva, uma observação compartilhada pela equipe durante o momento denominado “reavaliação” no PTS, era que a família teve uma importância fundamental no processo de recuperação do paciente, uma vez que ela se sentia amparada por uma rede de cuidados interdisciplinar, demonstrando interesse em dar continuidade, em casa, ao tratamento realizado. Além disso, era possível observar, que devido ao vínculo construído com a equipe, os cuidadores possuíam abertura em estarem repassando constantemente informações relevantes para o tratamento e para buscarem solucionar possíveis dúvidas que surgiam.

Conclusão

Os resultados positivos do tratamento demonstram a importância de se propiciar uma atenção integral ao paciente. Esse tratamento se deu de forma interdisciplinar, holístico e através da corresponsabilização de cada profissional envolvido no processo, onde foi proporcionada uma rede de apoio e de cuidados ao paciente e à sua família.

Foi possível observar também, que com a família do paciente com Síndrome de Guillain-Barré, ao se sentir apoiada por uma rede de cuidados interdisciplinar, demonstrou mais segurança para dar continuidade ao cuidado do paciente, numa lógica de promoção da saúde e da autonomia.

Além disso, foi engrandecedor o diálogo que se estabeleceu entre as Atenções Primária e Secundária, agregando conhecimentos e experiências para os profissionais que participaram do Projeto Terapêutico Singular.

Referências

BOLAN, R. S. et al. Síndrome de Guillain-Barré. **Rev. da AMRIGS**, v. 51, n. 1, p. 58-61, 2007.

BOCCARDO, A. C. S. et al. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup.** Univ. São Paulo, v. 22, n. 1, p. 85-92, jan./abr. 2011.

DOURADO, M. E; FREITAS, M. L; SANTOS, F. M. Síndrome de Guillain-Barré com flutuações relacionadas ao tratamento com imunoglobulina humana endovenosa curso trifásico: Relato de caso. **Arq. Neuropsiquiatr**; 1998.

FRANCO, V. Dimensões transdisciplinares do trabalho de equipa em intervenção precoce. **Interação**, v. 11, n. 1, p. 113-121, 2007.

FUNES, J. A. A.; MONTERO, V. A. M.; CARRANZA, E. M. Síndrome de Guillain-Barré: Etiologia y Patogénesis. **Revista de Investigación Clínica**, v. 54, n. 4, p. 357-363, 2002.

NOVIELLO, T. B. et al. Cetoacidose Diabética Associada com Síndrome de Guillain-Barré: Relato de Caso. **Arq Brás Endocrinol Metab**, v. 52, n. 3, p. 562-565, 2008.

PONTES, M. G. A; HENRIQUE, A. H. B; SOUZA, M. I. L. S. Síndrome de Guillain-Barré em paciente transplantada de medula óssea: relato de caso. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**, v. 11, n. 3, p. 32-39, 2013.

PINTO, D. M. et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto contexto - enferm.**, v. 20, n. 3, jul/sept., 2011.

TORRES, M. S. P.; SÁNCHEZ, A. P.; PÉREZ, R. B. Síndrome de Guillain Barre. **Revista Cubana de Medicina Militar**, v. 32, n. 2, p. 137-142, 2003.

VUCIC S., KIERNAN M. C. Guillain-Barré syndrome: an update. **J Clin Neurosci**. v. 16, n.6, p. 733-41, 2009.

Agradecimentos

Não temos agradecimentos.

PROJETO UNIVERSIDADE E ESCOLA SOMANDO SABERES: RELATO DE EXPERIÊNCIA DAS ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE.

Ana Caroline Lima Vasconcelos (carool.lima@hotmail.com) – Universidade Estadual do Ceará
Déborah Danna da Silveira Mota – Universidade Estadual do Ceará
Jéssica Freire Rangel – Universidade Estadual do Ceará
Luana Silva de Sousa – Universidade Estadual do Ceará
Luara Abreu Vieira – Universidade Estadual do Ceará
Dafne Paiva Rodrigues (Orientador) – Universidade Estadual do Ceará

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

Resumo

A presença da Universidade na Escola deve ser vigilante, crítica e atender às questões relevantes do cotidiano, assumindo compromisso de responsabilidade e parceria com a sociedade, por meio do desenvolvimento de oficinas educativas. O Programa de Educação Tutorial (PET) foi criado pelo Ministério da Educação para apoiar atividades acadêmicas que integrem ensino, pesquisa e extensão. Em vista disso, o PET do curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE) elaborou o projeto de extensão universitária “Universidade e Escola somando saberes”. Este trabalho objetiva relatar a experiência do grupo PET/Enfermagem/UECE na prática das atividades desse projeto. Este estudo consiste em um relato de experiência vivenciado pelas discentes do Curso de Graduação em Enfermagem, da UECE, integrantes do PET, durante as atividades de extensão do Projeto Universidade e Escola Somando Saberes, no ano de 2013. A escola onde se realizaram as atividades pertence à Secretaria Executiva Regional IV (SER IV). As atividades aconteceram de setembro a dezembro, nas segundas e sextas-feiras de cada semana, no período da tarde, com os alunos do 1º ano do Ensino Médio, do turno da tarde. A faixa etária desses alunos era de 16 a 19 anos. As ações realizadas permitiram que fosse realizada uma interação muito positiva entre os alunos, enquanto alvos do processo de ensino aprendizagem, e os membros do PET envolvidos. Assim, a vivência foi relevante, pois, a partir disso, haverá o impulso ao processo de educação em saúde de forma integrada e dinâmica, além da questão da empatia, algo que beneficia tanto o acadêmico de enfermagem como com quem o mesmo está se relacionando.

Introdução

A presença da Universidade na escola deve ser vigilante, crítica, e atender às questões relevantes do cotidiano, assumindo compromisso de responsabilidade e parceria com a sociedade, por meio do desenvolvimento de oficinas educativas. Além dos conhecimentos exigidos nos planos curriculares das instituições de ensino, a escola deve trabalhar as questões que fazem referência às necessidades de seus usuários, para que estes tenham uma concepção diferenciada da realidade que os cercam e, assim, possam agir de forma consciente para seu desenvolvimento político, econômico e social e para a manutenção de sua integridade física e mental.

Segundo os Parâmetros Curriculares Nacionais, “o currículo ganha em flexibilidade e abertura, uma vez que os temas podem ser priorizados e contextualizados de acordo com as diferentes realidades locais e regionais e outros temas podem ser incluídos.” (MEC, 1997, p. 25). Dentre esses temas a serem incluídos, estão aqueles do âmbito da saúde, os quais são, de fato, importantes para uma formação escolar satisfatória e uma melhor qualidade de vida dos estudantes.

Nessa perspectiva, atividades de educação em saúde devem estimular experiências que facilitem a realização de ações que melhorem as condições de vida e promovam saúde (PEREIRA, VIEIRA, FILHO, 2011). Muito além dos conhecimentos exigidos nos planos curriculares das instituições de ensino, a escola deve trabalhar as questões que fazem referência às necessidades dos alunos, para que estes tenham uma concepção diferenciada da realidade que os cercam e, assim, possam agir de forma consciente para seu desenvolvimento político, econômico e social e para a manutenção de sua integridade física e mental. A escola é um ambiente propício à realização de programas de educação em saúde, pois está presente em todas as dimensões – ensino, relações lar-escola, comunidade e ambiente físico e emocional (SILVA, 2011).

O Programa de Educação Tutorial (PET) foi criado pelo Ministério da Educação para apoiar atividades acadêmicas que integrem ensino, pesquisa e extensão. O programa proporciona aos alunos integrantes oportunidades únicas de interação com a sociedade, iniciação à

docência e incentivo à pesquisa. A Extensão é uma das funções sociais da Universidade, realizada por meio de um conjunto de ações dirigidas à sociedade, as quais devem estar indissociavelmente vinculadas ao Ensino e à Pesquisa. Num âmbito geral, sua finalidade é a promoção e o desenvolvimento do bem-estar físico, espiritual e social, a promoção e a garantia dos valores democráticos de igualdade de direitos e de participação, o respeito à pessoa e à sustentabilidade das intervenções no ambiente.

Em vista disso, o PET do curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE) elaborou o projeto de extensão universitária “Universidade e Escola somando saberes: Avaliando as Concepções de Alunos e Professores sobre Educação em Saúde”, o qual possibilita articular, concomitantemente, o ensino, a pesquisa e a extensão. Tal projeto visa executar estratégias de educação em saúde, abordando várias temáticas relevantes, para adolescentes de uma escola pública, os quais, em virtude das vulnerabilidades a que estão sujeitos, precisam de uma atenção especial. Este trabalho objetiva relatar a experiência do grupo PET/Enfermagem/UECE na prática das atividades desse projeto.

Metodologia

Este estudo consiste em um relato de experiência vivenciado pelas discentes do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Estadual do Ceará, integrantes do Programa de Educação Tutorial, durante as atividades de extensão do Projeto “UNIVERSIDADE E ESCOLA SOMANDO SABERES: AVALIANDO AS CONCEPÇÕES DE ALUNOS E PROFESSORES SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE”, no ano de 2013.

A escola é pertencente à Secretaria Executiva Regional IV (SER IV), escolhida devido à acessibilidade e à proximidade ao campus universitário. Todas as atividades foram planejadas com antecedência pelos membros do Programa, além de serem expostas aos professores e responsáveis pela turma da escola previamente, a fim de que os mesmos pudessem ser participantes dessa construção. Em média, 8 membros do grupo participavam por dia das oficinas com os adolescentes. A atuação do grupo iniciou-se em setembro e

perduraram até o mês de dezembro, todas as segundas e sextas-feiras de cada semana, no período da tarde, com os alunos do 1º ano do Ensino Médio, do turno da tarde. A faixa etária desses alunos era de 16 a 19 anos.

As ações desenvolvidas pelo grupo na escola incluíram dinâmicas para interação entre os alunos e os integrantes do Pet; apresentação de vídeos relacionados ao tema abordado no dia da atividade; confecção de cartazes e desenvolvimento de jogos para fixação do conhecimento transmitido; rodas de conversa e debates com duração média de duas horas em cada encontro.

Resultados e Discussão

As ações realizadas durante o período assim relatado permitiu que fosse estabelecida uma interação muito positiva entre os alunos, enquanto alvos do processo de ensino aprendizagem, e os membros do grupo Pet envolvidos na elaboração das mesmas. A participação da Universidade dentro da realidade da escola permitiu que novos conhecimentos fossem repassados e que os adolescentes fossem sensibilizados com as temáticas abordadas, visto que a iniciativa do grupo surgiu da necessidade encontrada na escola em estratégias que envolvessem os assuntos discutidos, tais como drogas, sexualidade, estilo de vida, hábitos saudáveis, violência e no impacto que estas temáticas produzem no convívio e no enfrentamento social.

Os alunos mostraram-se muito colaborativos e dispostos a conhecer mais sobre os assuntos abordados. Percebeu-se que o convívio com os mesmos à medida que se tornou mais frequente, permitiu um melhor engajamento entre a turma e o grupo, assim como a disponibilidade dos alunos em participar das atividades. Quanto ao grupo, foram momentos de muita troca de experiências, vivência da realidade e dos problemas sociais que atingem essa faixa etária e também uma oportunidade de melhora na formação acadêmica com o planejamento, elaboração, desenvolvimento e avaliação positiva das atividades realizadas, despertando os integrantes do projeto para a importância da aproximação entre a Universidade e os demais setores sociais com a prática da educação em saúde, visando a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos.

Figueiredo, Machado e Abreu (2010) afirmam que cabe aos protagonistas da saúde, aos educadores em saúde, entender que a participação dos mesmos no processo de educação em saúde na escola só se justifica se implementado, menos como ações pontuais de educação à saúde na escola, porém, com maior ênfase na potencialização da ação do educador em sala de aula, de forma que os conteúdos abordados sejam tratados de forma dinâmica, atrativa, interativa e que forneça com a escola uma relação de parceria e vínculo entre educadores e alunos.

Diante disso, ratificamos quão importante e necessário é aprofundarmos as atividades de educação em saúde junto às escolas, buscando, desta forma, promover a aquisição de conhecimento de diversas áreas aos alunos sobre temáticas de seu interesse e que são relevantes para suas vidas, de modo que possam repercutir na formação dos adolescentes enquanto cidadãos e sujeitos transformadores.

Conclusão

As atividades desenvolvidas na escola proporcionaram inúmeros momentos de interação com os adolescentes, troca de experiências e de sentidos, fazendo com que cada um dos encontros fosse vivenciado de uma forma conjunta e singular, o que contribuiu para o crescimento e para o amadurecimento do grupo e dos participantes da escola, em relação à vida e à percepção das situações.

A experiência incentivou o amadurecimento político e social em ambas as partes envolvidas, por meio de momentos de reflexão acerca do nosso papel de estudante, que deve ser ativo na sociedade e provocador de mudanças, além de utilizar conhecimentos e sentimentos partilhados para fundamentar a nossa prática acadêmica e profissional.

As vivências foram muito relevantes, pois, a partir das mesmas, fomos estimulados para que haja o impulso ao processo de educação em saúde de forma integrada e dinâmica, além do favorecimento da empatia, algo que beneficia tanto o acadêmico de Enfermagem quanto os alunos participantes do projeto. Soma-se a isso a importância que a vivência terá para as nossas vidas, gerando pensamentos, ações, reforçando valores e renovando a vontade de aprender mais e de ser melhor para si mesmo e para a sociedade em que estamos inseridos, na qual somos responsáveis pelas mudanças que queremos.

Referências

FIGUEIREDO, T. A. M.; MACHADO, V. L. T.; ABREU, M. M. S. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 15, v. 2, p. 397-402, 2010.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Parâmetros Curriculares Nacionais Apresentação dos temas transversais. Brasília. 1997. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro081.pdf>

PEREIRA, A. V.; VIEIRA, A. L. S.; AMANCIO FILHO, A. Grupos de educação em saúde: aprendizagem permanente com pessoas soropositivas para o HIV. **Trab. educ. saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, Jun. 2011.

SILVA, R. D. Mais do que educar... Ações promotoras de saúde e ambientes educacionais saudáveis na percepção do professor da escola pública. **Rev. Bras. Em Promoção da Saúde**. Fortaleza, v. 24, n.1, jan./mar., 2011.

Agradecimentos

Agradecemos à Universidade Estadual do Ceará – UECE por nos proporcionar um ensino público de qualidade e por ser uma instituição incentivadora da iniciação à pesquisa. Agradecemos à professora orientadora e tutora do Pet Enfermagem Uece pelo empenho em colaborar com o nosso aprendizado, buscando sempre a qualidade de nossa carreira acadêmica e, futuramente, profissional. Agradecemos ao Programa de Educação Tutorial pelo apoio às atividades de ensino, pesquisa e extensão, nos proporcionando uma formação completa e cheia de experiências. Por fim, agradecemos à Universidade de Fortaleza – UNIFOR e demais organizadores do Seminário Internacional em Promoção da Saúde, por proporcionar tão rica oportunidade para compartilharmos conhecimentos científicos e culturais, trocando saberes com diferentes estudantes e profissionais participantes do evento.

PROMOÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA ATRAVÉS DO TRABALHO EM GRUPO

Ana Leyla Fernandes Borges de Macêdo – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. analeylafb@hotmail.com

Kaynara Tânia de Lima Galvão – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Ilana Barros Gomes Medeiros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Polyanna Keitte Fernandes Gurgel – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Mayara da Costa Teixeira – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Akemi Iwata Monteiro (Orientador) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Palavras-chave: Promoção à Saúde. Saúde da Criança. Trabalho em grupo. Crescimento e desenvolvimento.

Resumo

A promoção à saúde é uma área de estudo que, a cada dia, ganha mais espaço entre os profissionais da saúde. Isso se deve a mudança do modelo hospitalocêntrico e biomédico, para o modelo assistencial à saúde. A Atenção Primária à Saúde corresponde a um ambiente favorável para se colocar em prática as ações de promoção à saúde, pois esta representa o principal meio pela qual a população tem acesso a saúde. Desse modo, este trabalho teve como objetivo identificar, com base na literatura, os benefícios do trabalho em grupo para a saúde da criança, no âmbito da ESF. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada no período de agosto de 2014, através de acesso eletrônico no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), especificamente nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), do *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, Espana y Portugal (Redalyc). Conclui-se que a promoção à saúde da criança através do trabalho em grupo representa uma ação que fomentam o crescimento e desenvolvimento infantil. Porém, estas ações não devem ser referentes apenas a alimentação, segurança e crescimento e desenvolvimento infantil. Devem abranger a saúde da criança de forma integral, incluindo a saúde mental, adaptação social e o afeto.

Introdução

A promoção à saúde é uma área de estudo que, a cada dia, ganha mais espaço entre os profissionais da saúde. Isso se deve a mudança do modelo hospitalocêntrico e biomédico, para o modelo assistencial à saúde, que visa uma assistência integral de todas as necessidades do indivíduo, diferente do modelo anterior que foca apenas na doença apresentada pelo paciente. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a promoção de saúde, como um processo que permite às pessoas aumentarem o controle sobre a sua saúde e melhorá-la (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

De acordo com Loureiro *et al.* (2012), a importância da promoção à saúde nos dias de hoje está ligada as conferências internacionais de OTAWA (1986), Adelaide (1988), Sundalle (1981), Bogotá (1992) e Jacarta (1997). Além disto, anteriormente, foi implementada a Declaração de Alma-Ata, de 12 de setembro de 1978. Esta reafirma o conceito de saúde, reforçando que um ser saudável é aquele que apresenta um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010). A partir desses eventos passou-se a incentivar os usuários para que estes adquirissem um estilo de vida saudável que resultasse em mais qualidade de vida.

A atuação do profissional da saúde não exige apenas conhecimentos técnicos acerca da sua área de atuação. É necessário ter conhecimento sobre diversos campos e saber trabalhar em meio a tanta diversidade social e cultural presentes na sociedade, de modo que consiga realizar todas as suas atribuições de forma eficaz (GOULART, 2007).

A Atenção Primária à Saúde corresponde a um ambiente favorável para se colocar em prática as ações de promoção à saúde, pois esta representa o principal meio pela qual a população tem acesso aos serviços de saúde, através das unidades básicas de saúde. Por isso, a atenção básica de saúde é conhecida como a “porta de entrada” (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2002). Com o passar dos anos, houve a criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que foi criada para a reorganização da atenção básica no Brasil de acordo com o que era preconizado pela legislação do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2006). Dentro da ESF, encontra-se a atenção à saúde da criança como uma de suas prioridades.

Em relação à criança, é sabido que são desenvolvidas diversas atividades de promoção à saúde, principalmente na atenção primária à saúde. Nessas atividades, objetiva-se promover a educação em saúde, de modo que, no dia a dia, os pais possam perceber

alterações no crescimento e desenvolvimento do seu filho, a partir da formação de uma consciência crítica dos problemas de saúde e de seus fatores de risco. (RIBEIRO *et al*, 2010).

As atividades em grupo são constantemente utilizadas na ESF, principalmente nos grupos de risco, como hipertensos, gestantes e diabéticos, por atuarem na complementariedade terapêutica. São instrumentos metodológicos eficazes, capazes de resultar na compreensão das situações de vida e saúde-doença, fazendo com que sejam adquiridos aspectos importantes que auxiliarão na promoção da saúde, por promoverem uma assistência horizontalizada que valoriza a troca de ideias e pensamentos entre os participantes (MAFFACCIOLLI e LOPES, 2011).

Com o trabalho em grupo, os profissionais conseguem interagir com uma quantidade maior de usuários, fazendo com que o saber seja disseminado de forma mais rápida de modo que mais crianças sejam beneficiadas em menos tempo. Além disso, torna-se possível aplicar práticas educativas de forma dinâmica que despertem o interesse tanto dos pais quanto das crianças. É importante ressaltar que esse trabalho em grupo ultrapassa os limites físicos das Unidades Básicas de Saúde (UBS), pois devem ser realizadas também nas escolas, nos centros municipais de educação infantil (CMEI), praças, conselho comunitário e demais lugares comuns à população.

Neste íterim, destaca-se que esta forma de promoção à saúde apresenta fortes pontos positivos, como tornar a sua comunidade informada, diminuir a ocorrência de acidentes domiciliares, atingir metas de vacinação, diminuir a prevalência de crianças com doenças parasitárias relacionada aos hábitos de higiene, os casos de violência infantil, incidência de *bullying* nas escolas, entre outros. Quanto aos profissionais, estimula a relação multiprofissional, pois é necessária a participação dos diversos profissionais da saúde tanto no planejamento, quanto na execução das atividades.

Diante do exposto, percebe-se a importância de estudos em relação a temática abordada, devido proporcionarem um impacto social positivo que resulta em qualidade de vida à população. Com isso, busca-se conscientizar os profissionais da área de saúde em relação à promoção à saúde da criança através do trabalho em grupo e fazer com que, cada vez mais, esses profissionais venham a aderir e praticar essa ideia.

Assim, este trabalho teve como objetivo identificar, com base na literatura, os benefícios do trabalho em grupo para a saúde da criança, no âmbito da ESF.

Metodologia

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada no período de agosto de 2014, através de acesso eletrônica no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), especificamente nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), do *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, Espana y Portugal (Redalyc). Foram utilizados os descritores “promoção da saúde”, “criança”, promoção à saúde da criança”, “grupo” e “crescimento e desenvolvimento”, indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Incluíram-se artigos na íntegra, publicados a partir do ano de 2004, que estivessem publicados em português, inglês e espanhol e que versassem sobre a promoção à saúde da criança através do trabalho em grupo. Foram excluídos os resumos e os artigos que não atendiam aos objetivos deste estudo.

Resultados e Discussão

Foram encontrados 104 artigos na base SciELO, dos quais selecionaram-se sete. Na LILACS foram encontrados 721 artigos, sendo selecionados dois. Na Redalyc foram encontrados 1028, mas apenas dois foram selecionados. Assim, a amostra final foi de 14 artigos. A literatura aponta que a maioria das consultas de enfermagem ocorrem com crianças que apresentam idade inferior a dois anos e que os principais temas abordados pelos pais são questões referentes à alimentação, segurança e crescimento e desenvolvimento infantil. Já os menos abordados são adaptação social, doenças e afeto. Porém, estes são fatores fundamentais para uma infância saudável. Por isso, devem ser abordados pelos profissionais da saúde em suas ações de promoção.

Uma forma de trabalho em grupo é através de atividades lúdicas. O brincar caracteriza-se por uma cultura preexistente que o torna uma atividade cultural, fazendo com que a criança assimile à sua forma em cada nova atividade lúdica (OLIVEIRA, 2006). Segundo Reily (2004), o brinquedo é uma das formas mais eficazes de promover a ação da criança sobre o objeto já que traz o mundo para perto dela. Nessa forma de serviço da saúde, se consegue trabalhar de forma humanizada e com a atenção integralizadora da pessoa, no caso, a criança. O uso de atividades lúdicas está diretamente ligado ao desenvolvimento infantil, já que brincando a criança consegue empregar conceitos. Outro fator importante da atividade lúdica em grupo é que promove o desenvolvimento linguístico da criança (GOLDFELD, 2005) Como as atividades são realizadas por profissionais da área de saúde, caso perceba-se que alguma criança apresenta déficits na linguagem, motor ou de socialização, torna-se mais fácil o encaminhamento para o profissional especializado, de modo que o tratamento seja iniciado precocemente.

Em seu estudo, Goulart, Lucchesi e Chiari (2010), perceberam que as crianças participantes compareciam as consultas mais motivadas; as que participaram da atividade apenas no dia da consulta médica, retornaram a unidade em outro dia para participar das atividades da brinquedoteca. Já os pais, em outros momentos, relataram que esse trabalho contribui para o desenvolvimento infantil de seus filhos e foram despertados para a importância da comunicação verbal e não-verbal na relação entre o cuidador e a criança e aprenderam técnicas para estimular o desenvolvimento neuropsicomotor infantil.

O Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde) foi introduzido em 2008 pelo Ministério da Saúde com o objetivo de inserir os acadêmicos da área de saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF). Trata-se de uma parceria entre a Instituição de Ensino, a comunidade e o serviço de saúde. O estudo de Ribeiro *et al*. (2010) apresenta um relato sobre as intervenções desenvolvidas pelo grupo do PET-Saúde na Unidade de Saúde da Família (USF) no bairro Santa Gertrudes. Essa região é composta por famílias numerosas, com baixo nível educacional e condições socioeconômicas que favorecem o adoecimento. As crianças e adolescentes desse local estão susceptíveis ao narcotráfico e outros tipos de marginalidade. Com isso, percebe-se que se trata de uma população vulnerável onde é fundamental a existência de ações preventivas primárias para melhorar a qualidade de vida dessas famílias. As atividades desenvolvidas por esse grupo tiveram como objetivo principal a promoção à saúde.

Foram realizadas atividades voltadas a diversas temáticas, tais como, prevenção de acidentes, obesidade, aleitamento materno, verminoses e anemias. O público-alvo eram os pais, crianças e as gestantes. Cada atividade foi trabalhada de forma diferente com o objetivo de facilitar a compreensão por parte dos usuários, pois a maioria não possuía um grau elevado de escolaridade. A atividade de prevenção de acidentes ocorreu com o uso de cartazes didáticos que proporcionou uma discussão com as mães, responsáveis e crianças pontuando quais atitudes devem ser tomadas em casos de choques, afogamentos, intoxicações, quedas, atropelamentos e queimaduras. Além disso, as mães puderam dar o seu depoimento sobre as situações vivenciadas. No segundo momento ocorreu um simulacro de uma casa onde poderiam ocorrer vários acidentes. Nesse momento, as mães e crianças foram separadas para que pudessem refletir e compartilhar, diante das situações que estavam sendo apresentadas, quais possíveis acidentes poderiam ocorrer e quais atitudes deveriam adotar como forma de prevenção (RIBEIRO *et al*, 2010).

Sobre o aleitamento materno, foi trabalhado a importância, a técnica, ordenha e os mitos e verdades sobre a amamentação com as gestantes e puérperas. Utilizou-se um protótipo de mama para que fosse demonstrado, na prática, como realmente é a técnica do aleitamento. Foram elaborados *folders* para que pudessem ser distribuídos na comunidade, disseminando o saber. Na de verminoses, contaram com a colaboração do departamento de parasitologia que disponibilizou frascos de vidro com vermes. Com isso, a palestra tornou-se mais interessante e os participantes puderam visualizar a forma e tamanho dos vermes. Grande parte do público ficou impressionada com o tamanho dos *Ascaris Lumbricóides*. Em relação a obesidade, inicialmente retrataram as características fisiopatológicas da doença e, em seguida, levaram as crianças para um pátio onde elas puderam vestir roupas acolchoadas e colocar caneleiras de 1kg. Com isso, perceberam que o sobrepeso altera significativamente sua qualidade de vida nas atividades do dia a dia (RIBEIRO *et al*, 2010).

Após a execução dessas intervenções, o grupo do PET-Saúde, constituído por acadêmicos de medicina e enfermagem e profissionais da saúde, concluiu que as ações realizadas mostraram potencial para colaborar com as transformações na prevalência de determinadas doenças e redução dos fatores de risco a partir das informações que foram repassadas às famílias. Perceberam que as experiências vividas por eles precisavam ser compartilhadas com outras áreas do município, além de ter sido um instrumento de aproximação entre a instituição de ensino e a Secretaria Municipal de Saúde. Ao longo das atividades, viu-se que era crescente o número de participantes dos profissionais da UBS, assim como a participação deles nas discussões, o que acabou melhorando a relação multiprofissional.

Na ESF, a atividade em grupo, de promoção da saúde, com maior relevância para a saúde da criança é o acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento coletivo (CD coletivo). Essa consulta quando realizada de forma individual apresenta uma tendência de ser centrada apenas na doença e nas queixas, sendo coniventes com o modelo biomédico medicalizante ainda presente nos dias de hoje. Fora isso, os profissionais responsáveis por esse acompanhamento, médicos e enfermeiros, agem como detentores do conhecimento e partem do pressuposto de que os cuidadores não apresentam conhecimentos, sendo apenas receptores de informações. Desse modo, torna-se necessário investir na divulgação e operacionalização do CD coletivo de modo que ocorra uma

reorientação no modelo assistencial, no qual a criança seja vista de forma integral, sendo considerados os seus aspectos biopsicossocial e familiar (MONTEIRO *et al*, 2011).

No CD coletivo, o cuidador passa de uma condição passiva, onde apenas responde os questionamentos dos profissionais, para uma condição ativa sendo co-participante na consulta de Crescimento e Desenvolvimento. É feito uma roda com colchonetes, deitam-se as crianças e os cuidadores conduzem o momento, sobe os cuidados de um coordenador, na maioria das vezes, o enfermeiro. Inicialmente, cada cuidador relata o histórico da sua criança, relatando as condições atuais de saúde, a situação da vacinação e informações à cerca do padrão fisiológico das necessidades básicas. Posteriormente, são os próprios cuidadores que realizam o exame físico, supervisionados pelas enfermeiras, e preenchem a caderneta da criança. Com a realização desta prática, os cuidadores compreendem a aferição do perímetro encefálico, pesam e medem, fazem a inspeção e palpação céfalo-caudal e avaliam o desenvolvimento neuropsicomotor e os reflexos primitivos dos seus filhos. Trata-se de um momento que favorece a estimulação e a interação dos pais com os filhos, favorecendo, assim, o cuidado e a prática de ações de promoção da saúde (MONTEIRO *et al*, 2011).

O CD coletivo tem como principais pontos positivos, a diminuição no tempo de espera por uma consulta, a troca de experiência entre os próprios pais e o conhecimento proporcionado a esses cuidadores em relação aos marcos do crescimento e desenvolvimento das crianças e de seus processos saúde-doença. Sendo, então, as crianças os principais beneficiados, pois ocorre a promoção da saúde, resultando em uma maior qualidade de vida e diminuindo o índice de mortalidade infantil (MONTEIRO *et al*, 2011).

Conclusão

Com base na literatura consultada, podemos perceber que três referem-se ao CD coletivo na atenção básica, quatro relatam experiências de atividades em grupo com as crianças, um reforça a importância do desenvolvimento do trabalho em grupo na ESF e os demais tratam das ações de promoção da saúde desenvolvidas diariamente pelos profissionais da saúde na atenção básica.

Em virtude dos fatos mencionados, entendemos que a promoção à saúde da criança é extremamente relevante nos dias de hoje por promover medidas pró-ativas junto à população. Esta prática resulta em uma Atenção diferenciada às crianças, além da promoção de educação em saúde abrangente aos pais, crianças, gestantes e puérperas.

As atividades de promoção da saúde quando realizadas em grupo, além de contribuírem para a melhoria dos serviços prestados, causam estímulo aos usuários que, por sua vez, apresentam uma postura mais motivada e participam de forma espontânea. São atividades que requerem poucos recursos tecnológicos e quando associadas às atividades lúdicas, dinâmicas e ao brincar, apresentam resultados muito positivos. Ocorre também a disseminação do conhecimento de forma mais rápida, um elo entre os usuários e os profissionais e a estimulação do trabalho multiprofissional.

Por fim, conclui-se que a promoção à saúde da criança através do trabalho em grupo representa uma ação que fomentam o crescimento e desenvolvimento infantil. Porém, estas ações não devem ser referentes apenas à alimentação, segurança e crescimento e desenvolvimento infantil. Devem abranger a saúde da criança de forma integral, incluindo a saúde mental, adaptação social e o afeto.

Referências

ARPINI, D. M.; DOS SANTOS, B. R. **Programa da criança: espaço de promoção de saúde e fortalecimento dos vínculos**. Psicologia Argumento, v. 25, n. 49, p. 155-164, abr./jun. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

_____. Ministério da Saúde. Lei no 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. **Diário Oficial da União** 1990; 20 set.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CÔRTEZ, C.; GONTIJO, D. T.; ALVES, H. C. **Ações da Terapia Ocupacional para a prevenção da violência com adolescentes: relato de pesquisa**. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, v. 22, n. 3, p. 208-215, set./dez. 2011.

GOLDFELD, M.; CHIARI B. M. **O Brincar na relação entre mães ouvintes e filhos surdos**. Pró-Fono Revista de Atualidades Científicas v.17, n.1, p. 77-88, 2005.

- GOMES, M. L.; OLIVER, F.C. **A prática da terapia ocupacional junto a população infantil: revisão bibliográfica do período de 1999 a 2009.** Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, v. 21, n. 2, p. 121-129, maio/ago. 2010.
- GOULART, B. N. G.; CHIARI B. M. **Avaliação Clínica Fonoaudiológica, Integralidade e Humanização: perspectivas gerais e contribuições para reflexão.** Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia v. 12, n.4, p. 335-340, 2007.
- GOULART, B. N. G.; LUCCHESI, M. C.; CHIARI, B. M. **A unidade de saúde como espaço lúdico para educação e promoção da saúde infantil relato de experiência.** Revista Brasileira de Crescimento e desenvolvimento Humano, v. 20, n. 3, p. 757-761, 2010.
- GURGEL, P. K.F. et al. **Acompanhando o crescer e desenvolver da criança: abordagem metodológica da pesquisa-ação.** XV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e XI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação-Universidade do Vale do Paraíba, 2012.
- LOUREIRO, F M. et al. **Observação participada da consulta de enfermagem de saúde infantil.** Revista da escola de enfermagem da USP, v. 46, n. 6, p. 1294-1299, 2012.
- MAFFACCIOLLI, R.; LOPES, M. J. M. **Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, n. 1, p. 973-982, março, 2011.
- MONTEIRO, F. P. M. et al. **Ações de promoção da saúde realizadas por enfermeiros na avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil.** Ciencia y Enfermeria, v. 20, n. 1, p. 97-110, 2014.
- MONTEIRO, A. I. et al. **A expressão da autonomia do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança.** Revista de enfermagem, v.19, n.3, p. 426-431, 2011.
- MONTEIRO, A.I. et al. **A enfermagem e o fazer coletivo: Acompanhando o crescimento e o desenvolvimento da criança.** Revista Rene, Fortaleza, v. 12, n.1, p.73-80, 2011.
- OLIVEIRA, A. C. S.; DE ALMEIDA E. O. C; OLIVEIRA S. M. S. S et al. **Como brincam as crianças surdas: um estudo à luz da fonoaudiologia.** Psic v.7, n. 2, p.77-84, 2006.
- PFEIFER, L. I.; GRIGOLATTO, T.; CHAVES, G. F.; SILVA, M. B. **Intervenção terapeutica ocupacional em cti pediátrico: um estudo de caso.** Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, v. 16, n. 1, p. 37-46, jan-jun, 2008.
- REILY, L. **Escola inclusiva: linguagem e mediação.** Campinas: Papirus; 2004.

MONTEIRO, A. I. et al. **A expressão da autonomia do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança.** Revista de enfermagem. UERJ, Rio de Janeiro. v.19, n.3, p. 426-431 jul/set, 2011.

RIBEIRO, B. B. et al. **Experiência de Ensino em Medicina e Enfermagem: Promovendo a Saúde da Criança.** Revista Brasileira de Educação Médica, v. 36, n.1, p. 85-96, 2012.

WORLD. Health Organization (WHO). **Health promotion glossary** [Internet]. Geneva: WHO; 1998 [cited 2008 Nov 12]. Available from: <http://www.who.int>

Agradecimentos

Agradecemos primeiro à Deus pelo Dom da vida e por nos proporcionar essa experiência acadêmica. Aos nossos pais, que sempre nos incentivam na busca pelo saber e nos dão suporte nos momentos de fraqueza. Aos nossos docentes, em especial a nossa orientadora Akemi Iwata, que se empenham diariamente na árdua missão de repassar os conhecimentos adquiridos ao longo da caminhada e de formar futuros enfermeiros competentes e politicamente coerentes com a diversidade social. A todos, o nosso muito obrigado!

PROMOÇÃO À SAÚDE DOS PACIENTES VIVENDO COM HIV/AIDS: DESAFIOS E PERSPECTIVAS DO ENFERMEIRO

Klávdia Francelino de Castro – Universidade de Fortaleza klavdiacastro@gmail.com

Davylla Virgínia Martins Costa – Universidade de Fortaleza

Hanna Maria Rebouças Bezerra de Menezes – Universidade de Fortaleza

Nayara Cristh Almeida da Silva de Oliveira – Universidade de Fortaleza

Léa Maria Moura Barroso Diógenes (orientadora) – Universidade de Fortaleza

Palavras-chave: HIV/aids Educação em saúde. Cuidados de enfermagem. Qualidade de vida.

Resumo

A pesquisa objetivou revisar a literatura publicada acerca da importância do enfermeiro na promoção em saúde para pacientes vivendo com HIV/aids, assim como o conhecimento do enfermeiro sobre o assunto e o vínculo existente entre o profissional de saúde e os indivíduos. Trata-se de uma revisão de literatura, o caminho metodológico adotado foi à pesquisa bibliográfica, realizada no período de julho e agosto de 2014, na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), utilizando os Descritores em Ciências da Saúde: “hiv”; “aids”; “educação em saúde”; “enfermagem”; “empoderamento”. A voz da educação em saúde contribui para criar novas oportunidades de reflexão e compreensão para que possibilite a prática de ações capazes de facilitar para as pessoas, de maneira consciente, um melhor aprendizado acerca do assunto HIV/aids. Vista neste contexto, é de grande relevância a atuação do profissional de saúde frente a essa realidade, pois possibilita a aproximação e humanização das relações interpessoais, adquirindo medidas em promoção à saúde auxiliando nos cuidados integrais na realidade das pessoas que vivem com HIV/aids.

Introdução

A AIDS ainda mostra altos índices de mortalidade e tendência a um crescimento constante e disseminação em todos os continentes do planeta, apesar do desenvolvimento de terapias. Com o aparecimento dos antirretrovirais, foi observado uma melhora interessante na qualidade de vida, no qual uma das finalidades da terapia antirretroviral (TARV) é a diminuição da carga do vírus, com o propósito de que ela se torne invisível num período de seis meses (SOUSA et al., 2013).

Em decorrência da emergência/urgência e da progressão da AIDS dentro da sociedade, a área da ciência buscou esforços na busca por sua origem, explicações em relação a sua característica epidemiológica, ações que levassem a um maior perigo para o adoecimento e o alcance para recursos de terapia. As dúvidas advindas do aparecimento da AIDS, principalmente na década de oitenta, levaram os enfermeiros a ter uma posição delicada. Se por um lado a ética da profissão exige ininterruptão e qualidade dos cuidados, por outro lado o receio de algo não conhecido e altamente fatal poderia de certa forma, distanciar os enfermeiros e os pacientes (SANTOS et al., 2013). A contaminação pelo HIV não atinge somente a saúde do corpo dos pacientes, mas também leva a um grande impacto na vida emocional, social e sexual destas pessoas. Vários fatores biopsicossociais provocam para uma investigação juntamente com o melhor ou pior qualidade de vida dos pacientes com HIV/aids. Estes podem ser fatores individuais, culturais, sociais e emocionais, ligados com o impacto a frente ao diagnóstico e do tratamento e a convivência diária de uma patologia considerada crônica (REIS et al., 2011).

No contexto HIV/aids, o aconselhamento apareceu como uma estratégia criada pela equipe nacional do Ministério da Saúde com a finalidade de trabalhar com HIV/aids, demonstrando ser uma estratégia de prevenção que atua no âmbito de cada pessoa, de modo a trabalhar com a compreensão do próprio risco e oportunizar uma reflexão sobre meios de prevenção viáveis para o indivíduo que almeja realizar a sorologia anti-HIV, tendo como fatores o apoio emocional, o apoio educativo que possibilita uma troca de informações sobre doenças sexualmente transmissíveis e HIV/aids, suas formas de contágio, prevenção, tratamento e avaliação de riscos. O aconselhamento consiste no auxílio da (re) construção do “saber fazer” do indivíduo com foco em uma autonomia em relação à prevenção do HIV/aids, em base na relação com diálogo entre os profissionais do serviço e os usuários que mostram a presença de um jogo entre necessidades contempladas e maneiras tecnológicas de agir (PEQUENO et al., 2013).

A consulta de enfermagem aparece como um instrumento importante ao subsidiar condições para que haja uma atuação direta e independente e que poderá ajudar para fortalecer os sujeitos envolvidos no processo de cuidado. Entretanto, a flexão e a criatividade usadas na consulta de enfermagem se tornam diferenciais que podem ajudar na prática profissional do enfermeiro, já que o uso de outros

meios de intervenção se tornam possíveis, como por exemplo, a escuta, o acolhimento e a relação, de modo que haja um fortalecimento no vínculo terapêutico entre profissional e paciente (MACÊDO et al., 2013).

Apesar dos avanços na área da tecnologia existentes atualmente, a prevenção de patologias e a promoção da saúde continuam sendo fatores muito relevantes para a manutenção do ciclo vital. Quando articuladas, a educação e saúde possibilitam uma assistência íntegra as pessoas, principalmente quando elas são feitas através de ações coletivas (PEREIRA et al., 2011).

Neste íterim, objetivou-se revisar a literatura publicada acerca da importância do enfermeiro na promoção em saúde para pacientes vivendo com HIV/aids.

Metodologia

Trata-se de uma revisão de literatura, no qual o caminho metodológico adotado foi a pesquisa bibliográfica. Utilizaram-se a base de dado: Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram estabelecidas as seguintes questões norteadoras para esta revisão: Qual a importância da consulta de enfermagem para a prevenção e o cuidado no HIV/aids? Como se insere a atuação do enfermeiro na educação em saúde aos indivíduos portadores de HIV/aids?

A busca ocorreu no período de agosto de 2014, utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DECS): “hiv”; “aids”; “educação em saúde”; “enfermagem”; “empoderamento”. Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: artigos online disponíveis na íntegra produzidos por enfermeiros, com ou sem parceria com outros profissionais, que abordassem a temática, publicados a partir do ano 2004. A análise dos artigos ocorreu de forma descritiva dos conteúdos. Para a realização desta pesquisa foram utilizados seis artigos.

Após a análise dos artigos, extraiu-se duas categorias temáticas para realizar as discussões: 1. Promoção da saúde: um desafio permanente e 2. Enfermeiro versus paciente.

Resultados e Discussão

Promoção da saúde: um desafio permanente

Mais que uma patologia impactada na saúde física e psicológica, a AIDS leva estigmas sociais construídos, nos quais estão relacionados com as crenças que a sociedade impõe sobre a doença. Ligado a isso, pressupõe-se que, com o diagnóstico da AIDS, o paciente deve seguir ao tratamento. Caso isso não ocorra, o paciente fica sujeito a alvo de críticas e julgamentos advindos tanto dos familiares e/ou amigos como dos profissionais de saúde (SOUSA et al., 2013).

A finalidade da educação em saúde proporciona reflexões e atitudes a fim de que possa possibilitar as pessoas um aprendizado consciente, sem a intenção de controlar a vida destas pessoas. Neste contexto, a educação em saúde pode ser vista como uma oportunidade de encontros entre o profissional e o usuário do serviço de saúde. Esta relação é uma forma de favorecer o diálogo e a troca de experiências (PEREIRA et al., 2011).

A complexidade no ato de cuidar desenvolvido pelos enfermeiros que atendem as pessoas que vivem com HIV exigem que atuem de forma integrada, levando em consideração os fatores técnicos e psicossociais. O incentivo para a adesão deve ser usado como estratégia de apoio para o paciente, ao mesmo tempo que ajuda a equipe de saúde compreender dificuldades e traçar um plano de cuidados, de acordo com as necessidades de cada paciente (MACÊDO et al., 2013).

A priori, a educação em saúde é uma construção em constante movimento, tanto no sentido individual quanto no coletivo, na qual se amplia quando se trata de promoção à saúde. Logo, se mostra relevância de se trabalhar os momentos de acordo com a realidade das pessoas, enfatizando os aspectos culturais, de gênero e os variados níveis socioeconômicos e políticos. O profissional de saúde realiza um papel de educador, e esta função pode estar incluída nas variadas práticas elaboradas e desenvolvidas, tornando-se evidente nas atividades focadas na prevenção e promoção da saúde. As práticas de educação em saúde, que se concretizam na rotina dos encontros entre profissionais da saúde e usuários do serviço, permitem que a vivência possa ser vista como o oposto ao autoritarismo, ao depósito de conteúdos e à transmissão verticalizada do conhecimento. Esses encontros devem ocorrer enfatizando o diálogo, a crítica, a prática e o ato de refletir (PEREIRA et al., 2011).

Enfermeiro versus paciente: um diálogo mútuo

Conviver com a soropositividade ao HIV pode proporcionar confusão para as pessoas, pois sendo portadoras de um vírus, mas não da doença, revelam desordens e dúvidas quanto a um mal que, por um lado é real mas que pode ser irreal, colocando o soropositivo ao HIV num patamar diferenciado, em que se mostra que o paciente não tem saúde mas também não é doente (REIS et al., 2011).

A escuta apurada e o diálogo aberto proporcionam que o enfermeiro tenha um papel diferenciado, mostrando não somente ser um profissional da saúde mas também como uma pessoa mais próxima, como alguém que passa uma sensação de confiança. A prática do cotidiano da escuta e do diálogo revela uma afetividade no relacionamento entre o profissional e o paciente, de modo que o vínculo formado se expressa pelo compartilhamento de conhecimentos, da convivência, da ajuda e do respeito de ambos entre o profissional e o usuário. A interpretação daquilo que é falado pelo paciente permite que haja uma programação da ação terapêutica, focando na resolução da necessidade afetada. Acredita-se que por meio do aprimoramento de habilidade refinada de comunicação para o exercício de ato de ouvir e da ação do diálogo, o profissional da saúde terá a oportunidade de oferecer ao paciente apoio emocional que é tão significativo neste momento de sua vida (MACÊDO et al., 2013).

É importante ressaltar que, numa relação de cuidado, apesar da ação ativa e efetiva, do vínculo profissional entre enfermeiro e paciente, há o contato com a própria consciência, isso faz com que se reflita de forma ética que a assistência de enfermagem não se resume a apenas a prática de cuidados sob a visão das necessidades do paciente com HIV/aids, mas embasados nos princípios de beneficência e não maleficência, ou seja, não adianta fazer o bem, mas também fazer com que algo de ruim aconteça. Nesse contexto, ao tratar de um paciente com AIDS, é relevante resgatar a real essência do cuidado, enfatizando meros atos de solidariedade, aplicando a humanização na assistência prestada, como também evitando malefícios (VASCONCELOS et al., 2013).

Conclusão

O diagnóstico positivo por infecção ao HIV juntamente a um tratamento longo e contínuo, ligados a vários fatores da vida dos pacientes que vivem nessa condição, leva de forma brusca há vários impactos de âmbito biopsicossocial, interferindo muitas vezes na sua qualidade de vida, ou seja, diminuindo as expectativas do paciente em relação a sua própria saúde e também em relação as suas relações interpessoais e com o ambiente em que vive. Na maioria dos casos, a infecção pelo HIV leva a um isolamento social e baixa da autoestima.

Logo, se faz necessário que haja uma avaliação e uma intervenção nos fatores que provocam de maneira negativa na qualidade de vida desses pacientes.

Observou-se que se faz necessário o conhecimento do enfermeiro para que se tenha uma melhor compreensão nos aspectos que levam os pacientes a adquirir uma baixa qualidade de vida e, dessa maneira, atuar de forma eficaz para que essas pessoas possam ter sucesso no tratamento terapêutico ao HIV/aids e a partir disso ter uma melhora no seu cotidiano. Junto a isso, é relevante que o enfermeiro busque estratégias quanto a essas vulnerabilidades, através da promoção à saúde, educação em saúde onde o paciente tem a oportunidade de expor suas dúvidas e angústias com relação a essa doença. É interessante frisar que o paciente seja o foco principal, pois a partir dessa visão o enfermeiro terá a chance de estabelecer um vínculo terapêutico e poder praticar o ato da escuta e assim permitir que se faça uma intervenção com o objetivo de reduzir as vulnerabilidades que afetam de forma não positiva a qualidade de vida das pessoas com HIV/aids.

Referências

MACÊDO, S.M. et al. Consulta de enfermagem ao paciente com HIV: perspectivas e desafios sob a ótica de enfermeiros. **Rev. bras enferm**, Brasília 2013 mar-abr; 66(2): 196-201.

PEREIRA, A.V. et al. Grupos de educação em saúde: aprendizagem permanente com pessoas soropositivas para o HIV. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 1, p. 25-41, mar./jun.2011.

REIS, R.K. et al. Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2011 Jul-Set; 20(3): 565-75.

SANTOS, E.I. et al. Vulnerabilidade, empoderamento e conhecimento: memórias e representações de enfermeiros acerca do cuidado. **Acta Paul Enferm.**, Rio de Janeiro 2013; 26(5):492-8.

SOUSA, P.K.R. et al. Vulnerabilidades presentes no percurso vivenciado pelos pacientes com HIV/AIDS em falha terapêutica. **Rev. bras. enferm.**, Brasília 2013, mar-abr; 66(2): 202-7.

VASCONCELOS, M.F. et al. Cuidados paliativos em pacientes com HIV/AIDS: princípios da bioética adotados por enfermeiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(9):2559-2566, 2013.

Agradecimentos

Quero agradecer à professora e orientadora Léa Barroso pela paciência, compreensão e dedicação, aos meus amigos e familiares e a Universidade de Fortaleza que nos apoiam e nos proporcionam oportunidades para ampliar nossos conhecimentos no campo da pesquisa.

PROMOÇÃO DA SAÚDE ACERCA DO USO DE DROGAS E SEUS EFEITOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

1. Ana Larisse Teles Cabral (apresentador) – Universidade de Fortaleza - Email larissect@hotmail.com
2. Alessandra Rocha de Souza Cavalcante – Universidade de Fortaleza.
3. Bruna Caroline Rodrigues Tamboril – Universidade de Fortaleza, bolsista FUNCAP
4. Kamila Ferreira Lima – Universidade de Fortaleza
5. Sarah Maria Sousa Feitoza (Orientador) – Universidade de Fortaleza

Email: larissect@hotmail.com

Palavras-chave: Drogas Ilícitas. Promoção da Saúde. Adolescente

Resumo

Objetivou-se relatar a experiências de acadêmicos do curso de enfermagem acerca do uso de diferentes tipos de drogas e os riscos que podem causar a saúde e coletividade. Trata-se de um relato de experiência, junto a adolescentes de 10 a 13 anos de uma escola da área adscrita da Secretaria Executiva Regional VI (SER), em Fortaleza-ce, no período de maio de 2014. No primeiro momento, foi exposto uma breve introdução sobre drogas onde os alunos colocaram seu conhecimento sobre o tema. Em seguida, foi utilizado um vídeo intitulado como “Drogas e seus efeitos” que aborda sobre as drogas lícitas e ilícitas, descrevendo cada uma delas, suas principais consequências e a importância do apoio familiar. Para finalizar, a sala foi dividida em cinco grupos para aplicação de uma avaliação com frases afirmativas que abordavam a temática, e os adolescentes utilizaram placas verdes e vermelhas para responder verdadeiro ou falso. Por meio dessa vivência, vejo que é necessária a intervenção da enfermagem em favor dos adolescentes no controle do uso dessas substâncias, promovendo a saúde, realizando educações em saúde, esclarecendo dúvidas, mostrando os riscos e os danos que as drogas causam no corpo, pois é nessa fase que devemos conscientizar e reduzir os eventos que ocorrem nessa idade.

Introdução

Drogas psicoativas são substâncias naturais ou sintéticas que, absorvidas pelo organismo humano, seja pela ingestão, injeção, inalação ou absorção da pele, penetram na corrente sanguínea e alcançam o cérebro, afetando o seu equilíbrio e provocando em seus usuários reações que variam da apatia à agressividade. Essas substâncias têm o poder de modificar o sistema nervoso central causando vários danos à saúde. (NEVES; SEGATTO)

Segundo Neves, o uso de drogas tornou-se um problema de saúde pública devido aos graves problemas pessoais e sociais que podem acarretar a vida do ser humano.

Nessa perspectiva foi criada a Lei 10.216 de 06 de abril de 2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica, ratificou, as diretrizes básicas que constituem o Sistema Único de Saúde; garantindo aos usuários de 6 serviços de saúde mental – e, conseqüentemente, aos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas - a universalidade de acesso e direito à assistência, bem como à sua integralidade; valoriza a descentralização do modelo de atendimento, quando determina a estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, configurando redes assistenciais mais atentas às desigualdades existentes, ajustando de forma equânime e democrática as suas ações às necessidades da população. (BRASIL, 2003)

A classificação dos tipos de drogas pode ser feita de várias formas e umas delas são as lícitas e ilícitas. Lícitas são aquelas substâncias comercializadas de forma legal como: Álcool e tabaco. As ilícitas são substâncias de uso e comercialização proibido por lei, como: Inalantes, Maconha, Cocaína, Crack, Anabolizantes, Anfetamina, Ecstasy. Existe também outra classificação que se baseia nas ações aparentes provocadas pela droga no sistema nervoso central (SNC), são classificadas como drogas depressoras da atividade mental, estimulantes da atividade mental e perturbadoras da atividade mental.

Drogas depressoras: Podem causar a diminuição da atividade motora, da reatividade a dor e da ansiedade, comumente ocorre um euforismo inicial e posteriormente o aumento da sonolência. Exemplo: Álcool; Drogas estimulantes: Aumentam a atividade de determinados sistemas neurais, causando, estado de alerta exagerado, insônia e aceleração dos processos psíquicos. Exemplos: Anfetaminas, Cocaína; Drogas perturbadoras: Alteração do funcionamento do cérebro é a principal característica. Essas substâncias provocam fenômenos psíquicos anormais como delírios e alucinações. Exemplos: Maconha, Inalantes, Ecstasy. (BRASIL, 2008)

O uso de drogas torna-se cada vez mais freqüente independente do sexo, idade e classe social. A criança e o adolescente por se tratarem de uma população que encontra-se em fase de modificações físicas / psíquicas e dependendo do contexto familiar que estão inseridos, isso os tornam vulneráveis (SAITO, 2000).

Segundo Oliveira, Bittencourt e Carmo (2008), o contexto familiar apresenta grande influencia na formação da personalidade em que crianças e adolescentes habitam e quando associado ao uso de drogas tem fator fundamental, pois o estudo mostra que famílias de baixas condições econômicas, que residem em áreas de risco, em condições de vulnerabilidade acarretado pelo tráfego e uso de drogas, podem facilitar o acesso as drogas.

Devido as drogas estarem atingindo idades cada vez mais precoce torna-se primordial o dialogo e a influencia que a família exerce sobre esses grupos para que previnam o acesso a essa condição de risco. Assim como também profissionais da saúde e educação devem desenvolver ferramentas de cunho preventivo que promovam melhor qualidade de vida e diminuição dos fatores de risco (OLIVEIRA, et al, 2008).

Diante do referido acima, a temática torna-se relevante devido à falta de conhecimento de adolescentes que vivem em situação de risco acerca do uso de drogas e seus efeitos, portanto a realização desse estudo justifica-se como uma tentativa de esclarecer duvidas e levar informações para esses jovens utilizando ações de educação em saúde.

Objetivou-se relatar a experiências de acadêmicos do curso de enfermagem acerca do uso de diferentes tipos de drogas e os riscos que podem causar a saúde e coletividade.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência, que segundo Bastos (2000) é uma discussão informal, exigido na apresentação de resultados de pesquisa, que se incorpora no texto e dá, mais vida e significado para a leitura do que se fosse apenas um texto analítico.

Foi realizada uma atividade de educação em saúde com adolescentes de 10 a 13 anos de uma escola da área adscrita da Secretaria Executiva Regional VI (SER), em Fortaleza-ce, no período de maio de 2014.

No primeiro momento, foi exposto uma breve introdução sobre drogas onde os alunos colocaram seu conhecimento sobre o tema. Em seguida, foi utilizado um vídeo intitulado como “Drogas e seus efeitos” que aborda sobre as drogas lícitas e ilícitas, descrevendo cada uma dela, suas principais conseqüências e a importância do apoio familiar. Para finalizar, a sala foi dividida em cinco grupos para aplicação de uma avaliação com frases afirmativas que abordavam a temática, e os adolescentes utilizaram placas verdes e vermelhas para responder verdadeiro ou falso.

Resultados e Discussão

Na primeira semana foi realizada uma visita na sala de aula com a intenção de saber qual o conteúdo que os adolescentes gostariam que fosse abordado. Logo, foi exposto na lousa alguns temas (drogas, puberdade, dengue, HPV, alimentação saudável, entre outros) que selecionamos afim de que eles votassem para serem discutidos no próximo encontro. Explicamos a cerca de cada tema exposto, e posteriormente foi feita a votação, onde pedimos para os adolescentes que se levantassem da cadeira de um por um para marcar a temática que gostariam de ter mais conhecimento. No final, o tema sobre drogas ganhou com um grande número de pontos.

Na semana seguinte, fizemos uma breve introdução sobre o que eram as drogas e perguntamos o que eles sabiam sobre drogas, e alguns relataram que tinham casos na família de usuário de drogas, inclusive explicavam o quanto fazia mal o uso das mesmas, só pela sintomatologia de seus familiares. Em seguida passamos um vídeo intitulado como “Drogas e seus efeitos” que aborda sobre as drogas lícitas e ilícitas, descrevendo cada uma dela, suas principais conseqüências e a importância do apoio familiar. No decorrer do vídeo, parávamos em algumas partes para esclarecer sobre alguns termos, ou algo que eles não tivessem entendendo, apesar do vídeo ser bem didático. Foi observado que os mesmos tinham muitas dúvidas pelo assunto, principalmente das doenças adquiridas ao longo prazo, alguns demonstraram assustados e relataram desconhecimentos de tais conseqüências.

Finalizamos a educação em saúde separando a turma em cinco grupos para aplicação de uma avaliação com frases afirmativas que abordavam a temática, e os adolescentes utilizaram placas verdes e vermelhas para responder verdadeiro ou falso. Para o grupo que venceu foi dado uma caixa de chocolate para divisão entre eles, e para os demais que participaram ganharam também chocolate.

Esse vídeo foi uma forma de prender a atenção dos adolescentes, já que no primeiro encontro tivemos dificuldades porque a turma era muito dispersa. Foi perceptível que o vídeo e nossas explicações funcionaram para a maioria, já que no final, após a didática, os grupos interagiram para dar a resposta e quase todos terminaram no empate.

Conclusão

O consumo de drogas por adolescentes precisa ser compreendido em sua totalidade, considerando aspectos sociais, econômicos, culturais, familiares e éticos. A dependência de drogas psicoativas entre adolescentes é um sério problema de saúde pública devido aos graves problemas pessoais e sociais que podem acarretar a vida do ser humano, portanto é imprescindível o desenvolvimento de ações de prevenção voltadas para essa faixa etária. Há que considerar que o uso e abuso dessas substâncias ocorrem cada vez mais cedo, e é preciso que os adolescentes saibam das reais conseqüências e das grandes chances de dependência.

Por meio dessa vivência, vejo que é necessária a intervenção da enfermagem em favor dos adolescentes no controle do uso dessas substâncias, promovendo a saúde, realizando educações em saúde, esclarecendo dúvidas, mostrando os riscos e os danos que as drogas causam no corpo, pois é nessa fase que devemos conscientizar e reduzir os eventos que ocorrem nessa idade.

Referências

BASTOS, L. et al. Manual para elaboração de projetos e relatórios de pesquisa, teses, dissertações e monografias. 5o ed. Rio de Janeiro: LTC, 2000.

BRASIL. Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: conhecer para ajudar. Brasília: **Secretaria Nacional Antidrogas: Serviço Social da Indústria**, 2008. Disponível em: http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/images/stories/arquivos/Curso_SEAD_UFSC_SENAD_SESI.pdf

OLIVEIRA, Elias Barbosa; BITTENCOURT, Leilane Porto; CARMO, Aila Coelho. A importância da familiaridade uso de drogas entre crianças e adolescentes: papel materno. **Rev. Eletrônica Saúde Mental ÁlcoolDrog.** (Ed. port.) v.4, n.2, Ribeirão Preto, ago. 2008.

NEVES, Elcione Alves Sorna; SEGATTO, Maria Luiza. DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS: UMA TEMÁTICA CONTEMPORÂNEA. Disponível em: <http://catolicaonline.com.br/revistadacatolica2/artigosn4v2/34-pos-grad.pdf>

SAITO, Maria Ignez. Adolescência, cultura, vulnerabilidade e risco. *Pediatria (São Paulo)*, **editorial**, 2000

Agradecimentos

Agradecemos primeiramente a Deus e em seguida a professora orientadora pela sua atenção, paciência e por todo o seu conhecimento a qual nos foi repassado.

PROMOÇÃO DA SAÚDE AO IDOSO: UMA ABORDAGEM EDUCATIVA SOBRE AIDS

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

Ana Michele de Farias Cabral - Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Iara Alves Feitoza Sangi – Universidade Potiguar do Rio Grande do Norte (UnP)

Silvio Barros do Nascimento - Universidade Potiguar do Rio Grande do Norte (UnP)

Lucelia Fernandes de Almeida – Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Clélia Albino Simpson - Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Palavras-chave: Educação em Saúde. Promoção da Saúde. AIDS. Idoso. Enfermagem.

Resumo

A Aids é uma doença infecto-contagiosa e crônica, que representa um dos maiores problemas de saúde da atualidade, em função do seu caráter pandêmico. Assim, com o aumento da expectativa de vida e novas tecnologias que prolongam a vida sexual dos idosos, esta sexualidade até então ignorada, emerge como um problema de saúde pública. Objetiva-se informar os idosos ligados aos grupos da Secretaria de Assistência Social de Parnamirim/RN, sobre a prevenção da Aids através de educação em saúde. Estudo exploratório e descritivo, com população de 132 idosos inclusos nos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) e frequentam as reuniões semanais dos grupos de convivência em quatro bairros do Município e amostra de 60 idosos. Critérios de seleção da amostra: idosos presentes na reunião no dia da palestra e aplicação do questionário. O projeto foi submetido e aprovado pelo CEP da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, com CAAE 30408114.5.0000.5537. Para a coleta de dados foi utilizado um pré e pós teste contendo questões fechadas sobre Aids. Em princípio, a Aids era pouco conhecida pelos idosos. Entretanto, esta realidade logo se transformou após a realização de palestras como instrumento de educação em saúde que se configura uma estratégia de combate à doença de forma eficaz e efetiva. Enfatizou-se a importância dessas ações sobre Aids realizada pela enfermagem sabendo-se que é de extrema importância a adoção de uma visão coletiva sobre os variados contextos socioculturais em que os idosos estão inseridos e vivenciam sua sexualidade.

Introdução

O primeiro caso da síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids) no Brasil foi notificado em 1980. As taxas de incidência no País foram crescentes até a metade da década de 1990 e, a partir de 2002, apresentaram tendência à estabilização, embora em patamares elevados (PEREIRA et al., 2008). Instalando-se como mal do século, a Aids pegou o mundo de surpresa. Dessa forma, recebe em nossa sociedade a herança do pânico provocado por uma série de outras doenças que no passado aterrorizaram o homem, assemelhando-se à hanseníase/peste nos tempos bíblicos, à sífilis e à tuberculose (CASTANHA et al., 2006).

A estigmatização acompanhou o surgimento dos primeiros casos da doença associado aos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV), que eram vistos como homossexuais, usuários de drogas e trabalhadoras do sexo. Além disso, eram responsabilizados por sua própria infecção. O fato de o HIV ser transmissível, pode contribuir como ameaça à sociedade, aumentando o preconceito (ARAÚJO et al., 2011).

A elevada taxa de idosos contaminados pela Aids é devido à capa de invisibilidade da população no que concerne a enxergá-los como sujeitos desejantes e sexualmente ativos. No entanto, com o envelhecimento da população, e de novas tecnologias como as que prolongam a vida sexual, esta sexualidade até então ignorada, emerge como um problema de saúde pública (MELO et al., 2012).

O envelhecimento segundo Garcia et al (2012) diz respeito a um conjunto de efeitos que ocorrem com o passar dos anos. Biologicamente, corresponde a uma involução que afeta todos os sistemas fisiológicos do corpo, mas que não interfere, necessariamente, no bem-estar do indivíduo; psiquicamente, é uma fase que denota maturidade, sabedoria e compreensão da vida, advindas com as experiências vivenciadas pelo indivíduo.

Entretanto, mesmo com as garantias previstas na Lei 10.741/2003, que dispõem sobre o Estatuto do Idoso, o preconceito e a negação da sociedade com relação à velhice ainda existem, o que dificulta a elaboração de políticas públicas direcionadas e efetivadas com base na atenção adequada, individualizada e holística. Esta questão é fortalecida quando se observam as estatísticas nacionais referentes à

incidência da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida nesta população. Dados do Ministério da Saúde apontaram um total de 32.167 casos de aids em maiores de 50 anos no Brasil, e destes, 9.918 indivíduos estão com 60 anos ou mais (GARCIA et al., 2012).

O aumento da incidência da Aids entre os idosos é uma tendência mundial e demonstra a importância de estudos que analisem a situação da epidemia nessa população, uma vez que podem subsidiar o direcionamento de ações em saúde (BATISTA, 2011).

Por esse motivo, se torna necessário inferir acerca da abordagem educativa com os idosos, para que estas pessoas se tornem mais informadas sobre a AIDS e conscientes de como se protegem. Segundo Rumor (2010), a Promoção da Saúde, pressupõe que os indivíduos aumentem o controle sobre suas vidas por meio da participação em grupos, com a finalidade de transformar a realidade social e política. Assim, as ações educativas deixam de ser apenas uma atividade a mais nos serviços de saúde, para ser algo que reorienta a diversidade das práticas realizadas. Desta forma, a presente pesquisa tem como objetivo informar os idosos ligados aos grupos da Secretaria de Assistência Social de Parnamirim/RN, sobre a prevenção da Aids através de educação em saúde e minimizar as atitudes discriminatórias dirigidas aos portadores desta enfermidade.

Metodologia

O presente estudo é do tipo exploratório – descritivo combinados, de natureza quantitativa.

A pesquisa exploratória tem por finalidade proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo explícito. Com relação à pesquisa descritiva, esta visa descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis e envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados (GIL, 1991).

A pesquisa foi realizada nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) localizados no município de Parnamirim-RN, em maio de 2014 com idosos inclusos nos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV). Após apresentar a proposta a secretária e demais funcionários da Secretaria Municipal de Assistência Social, eles demonstraram interesse no assunto e permitiram a realização da pesquisa. Desse modo ocorreu a seleção do local de estudo.

Dentre as ações do Sistema Único de Assistência Social, encontra-se o serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Idosos, que objetiva contribuir para um processo de envelhecimento ativo, saudável e autônomo, assegurar espaço de encontro para os

idosos e encontros intergeracionais de modo a promover a sua convivência familiar e comunitária; detectar necessidades e motivações e desenvolver potencialidades e capacidades para novos projetos de vida, propiciar vivências que valorizam as experiências e que estimulem e potencializem a condição de escolher e decidir. Isso contribuirá para o desenvolvimento da autonomia social dos usuários. (GADELHA et al, 2014)

A população do estudo foi composta por 132 idosos que frequentam as reuniões semanais dos grupos de convivência em quatro bairros do município e amostra de 60 idosos. Salienta-se que o total de indivíduos que compuseram a amostra foi selecionado a partir dos critérios de inclusão e de exclusão do presente estudo.

Os critérios de seleção da amostra foram: idosos presentes na reunião no dia da palestra e aplicação do questionário e que demonstrasse interesse em participar da pesquisa.

O instrumento utilizado na coleta de dados foi um questionário contendo 7 questões fechadas sobre AIDS.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, com número do parecer 719.926 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - CAAE 30408114.5.0000.5537.

Em prol do atendimento ao objetivo proposto pelo estudo, a coleta de dados ocorreu em 3 fases distintas: na primeira fase, o pré-teste, foi aplicado um questionário com perguntas fechadas. Na segunda fase foi realizada uma aula expositiva dialogada como atividades de educação em saúde, considerando o conhecimento prévio dos idosos sobre a AIDS, com o intuito de esclarecê-los sobre a doença. Posteriormente na terceira fase, o pós-teste, foi reaplicado o questionário.

Os dados obtidos pelos questionários foram contabilizados, organizados e categorizados em planilha eletrônica do Microsoft Office Excel para análise quantitativa com percentagem simples de dados estatísticos. Tais resultados são apresentados e discutidos ao longo do artigo.

Resultados e Discussão

Após a realização da coleta, análise e processamento dos dados, obtiveram-se os resultados apresentados a seguir na forma de valor percentual e seu respectivo valor absoluto. Os resultados estão dispostos na Tabela 1.

Com a primeira etapa da pesquisa, na fase de pré-teste, 38,3% (23) dos idosos sabiam o que é AIDS e 61.6% (37) afirmou não saber o que é a doença. Com relação a etiologia da AIDS, menos da metade da amostra do estudo respondeu de maneira correta, ao dizer que a doença tem como agente causador um vírus 46.6% (28), 45% (27) disseram não saber e 8.3% (5) responderam que era uma bactéria. Na questão referente a vacina contra AIDS, 53.3% (32) marcou de forma correta afirmando não existir e 46.6% (28) alegaram existir. No que diz respeito a possível forma de contrair o vírus HIV, nenhum marcou pelo abraço ou aperto de mão, 16.6% (10) disseram bebendo água no mesmo copo de alguém que tem o vírus e 83.3% (50) afirmaram ser fazendo sexo sem proteção ou compartilhando seringas.

Quando questionados se as pessoas com HIV podem doar sangue, 88.3% (53) responderam corretamente afirmando não poder, pois através da doação é possível contrair o vírus, 6.6% (4) disseram ser possível em até 6 meses após a infecção e 5% (3) marcaram sim, não existe possibilidade da transmissão do vírus através da transfusão sanguínea.

No item relacionado a cura da AIDS 70% (42) responderam que a AIDS não tem cura e 30% (18) que tem cura. E, sobre se eles fariam o teste do HIV, a maioria 48.8% (29) marcaram que só para saber, por curiosidade, 35% (21) disseram por preocupação com uma situação vivida e 16.6% (10) não fariam o teste porque não querem saber o resultado.

Após a atividade de educação em saúde, os resultados colhidos refletem positivamente a mudança significativa do aprendizado que os idosos obtiveram diante da temática. E tal mudança é materializada nos valores apresentados nos dados colhidos no pós-teste após a palestra sobre AIDS.

De todos os idosos, 85% (51) sabiam o que é AIDS, 80% (48) responderam corretamente sobre a etiologia da doença, afirmando ser um vírus. Com relação a vacina contra a AIDS, 86.6 % (51) marcaram não existir.

Com todos os idosos (60) recebendo informações acerca da AIDS, 91.6% (55) afirmaram que é possível contrair o vírus fazendo sexo sem proteção ou compartilhando seringas, 93.3% (56) apontaram que as pessoas com HIV não podem doar sangue, pois através da doação é possível contrair o vírus.

No questionamento “Uma vez adquirida, a AIDS tem cura?”, 95% (57) responderam que não tem cura e 5% (3) continuaram a assegurar ter cura. Com relação a fazer o teste do HIV, 50% (30) fariam só para saber, por curiosidade, 35% (21) por precaução e 15% (9) não fariam.

Nesta pesquisa foram alcançados 60 idosos frequentadores dos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos de Parnamirim/RN. Esse centro é o principal espaço de suporte ao idoso do município, oferecendo apoio à saúde, atividades recreativas, laborais e educação em saúde, contribuindo para um processo de envelhecimento ativo, saudável e autônomo.

O perfil dos indivíduos demonstrou predominância de baixa escolaridade e baixa renda familiar, contribuindo assim para uma possível expansão da AIDS. Dessa forma, sabe-se que quanto menor o acesso às informações, mais vulnerável estará a AIDS.

Observa-se que os assuntos relacionados a AIDS e sexualidade tem maior ênfase para populações específicas como adolescentes, deixando a desejar sobre os aspectos da promoção da saúde sexual e prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis como a AIDS para os idosos (PEREIRA; BORGES, 2010). Devido a isto, escolheu-se este público para desenvolver a pesquisa, visto que com a educação em saúde e informação é possível conscientizar as pessoas e promover conhecimento.

Ao comparar os resultados obtidos antes e após a intervenção, percebe-se que tal atividade foi significativa para os idosos uma vez que 91.6% da amostra passou a conhecer as possíveis formas de contrair o vírus HIV.

Segundo o Ministério da Saúde (1996), é importante lembrar que a realização de ações preventivas, assim como a capacitação dos profissionais de enfermagem, possibilitará que um maior número de pessoas idosas sejam orientadas. A falta de consciência dos profissionais de saúde também é uma barreira para educação dos idosos sobre os riscos da doença.

O aumento gradativo da incidência de HIV/Aids em idosos configura-se um dos mais sérios problemas de saúde pública e pode ser explicado, por fatores relacionados ao aumento da expectativa de vida facilitada pelos antirretrovirais, e ao não reconhecimento do risco pelos idosos. (SANTOS; ASSIS, 2011). Dessa forma, é necessário intervir quanto aos aspectos preventivos e controle da doença.

Assim, de acordo com Laroque et al. (2011) é fundamental que os profissionais ampliem seus olhares para os idosos, valorizando seu contexto de vida e direcionando as orientações para que os fatores socioculturais não interfiram na prevenção. Atendendo-os de maneira integral.

Conclusão

Em face ao exposto, observou-se uma transformação no conhecimento dos idosos no que diz respeito a AIDS e tal mudança ocorreu devido à realização de palestras como instrumento de educação em saúde.

O aumento da incidência entre os idosos deve-se muitas vezes ao desconhecimento da doença, seus meios de prevenção e em decorrência disso, destaca-se a importância de estudar este contexto com o intuito de fornecer subsídios para a mantê-los conscientes da doença.

O desenvolvimento desta pesquisa também leva-nos a refletir sobre as ações dos profissionais da saúde aos quais devem perceber os idosos como vulneráveis ao risco de infecção pelo vírus HIV e desempenhar-se para oferecer um atendimento de qualidade visando medidas efetivas nas ações preventivas e atenção integral a saúde do idoso, sem qualquer tipo de discriminação.

Referências

- ARAÚJO, M. N. R; MENDES, P. R; SILVEIRA, A. P. P; SEIDL, E. M. F. **Lipodistrofia e preconceito na nova cara da aids: diálogo com a bioética de intervenção.** Rev. bioét (Impr.), v. 19, n. 2, p. 441 – 56, 2011.
- BATISTA, A. F. O; MARQUES, A. P. O; LEAL, M. C. C; MARINO, J. G; MELO, H. M. A. **Idosos: Associação entre o conhecimento da aids, atividade sexual e condições sociodemográficas.** REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL., RIO DE JANEIRO, v. 14, n. 1, p. 39-48, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília (DF); 1996.
- CASTANHA, A. R; COUTINHO, M. P. L; SALDANHA, A. A. W; RIBEIRO, C. G. **Aspectos psicossociais da vivência da soropositividade ao HIV nos dias atuais.** Universidade Federal da Paraíba (UFPB), v. 37, n. 1, p. 47-56, jan./abr. 2006.
- GADELHA, R. S; CARNEIRO, M. A. M; MEDEIROS, J. D. P. L. **Serviço de Atendimento ao Idoso.** Parnamirim, RN, 2014, 5p.
- GARCIA, G. S; LIMA, L. F; SILVA, J. B; ANDRADE, L. D. F; ABRÃO, F. M. S. **Vulnerabilidade dos Idosos frente ao HIV/Aids: Tendências da Produção Científica Atual no Brasil.** DST - J bras Doenças Sex Transm, v. 24, n. 3, p. 183-188, 2012.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas; 1991.
- LAROQUE, M. F; AFFELDT, A. B; CARDOSO, D. H; SOUZA, G. L; SANTANA, M. G; LANGE, C. **Sexualidade do idoso: comportamento para a prevenção de DST/ AIDS.** Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS), v. 32, n. 4, p. 774-80, dez.2011.
- MELO, H. M. A; LEAL, M. C. C; MARQUES, A. P. O; MARINO, J. G. **O conhecimento sobre Aids de homens idosos e adultos jovens: um estudo sobre a percepção desta doença.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 1, p. 43-53, 2012.
- PEREIRA, G. S, BORGES, C. I. **Conhecimento sobre HIV/aids de participantes de um grupo de idosos, em Anápolis-Goiás.** Esc Anna Nery (impr.), v. 14, n. 4, p. 720-725, out-dez. 2010.
- PEREIRA, G. F. M; CUNHA, A. R. C; GIVISIEZ, J. M; PEREIRA, S. M. C. **A epidemia de HIV/Aids nos estados brasileiros: indicadores de monitoramento.** Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde/MS.
- RUMOR, P. C. F; BERNIS, I; HEIDEMANN, I. T. S. B; MATTOS, L. H, L; WOSNY, A. M. **A promoção da saúde nas práticas educativas da saúde da família.** Cogitare Enferm, v. 15, n. 4, p. 674-80, out/dez. 2010.
- SANTOS, A. F. M; ASSIS, M. **Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura.** REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL., RIO DE JANEIRO, v. 14, n. 1, p. 147-157, 2011.

PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA: UMA REFLEXÃO AO ALEITAMENTO MATERNO

Kamila Ferreira Lima (apresentador) – Universidade de Fortaleza- Email: limakamila@yahoo.com.br

Marina Frota Lopes – Universidade de Fortaleza.

Bruna Coelho Albuquerque – Universidade de Fortaleza.

Cíntia de Oliveira Castelo Branco Sales – Universidade de Fortaleza

Marionescu Purcaru – Universidade de Fortaleza

Mirna Albuquerque Frota (Orientador) – Universidade de Fortaleza

Palavras-chave: Aleitamento Materno; Desmame; Saúde da Criança; Promoção da Saúde.

Resumo

O aleitamento materno é a estratégia isolada em saúde pública com o maior potencial para a diminuição da mortalidade na infância, além de promover a saúde física, mental e psíquica da criança e da mulher que amamenta. Objetivou-se identificar o significado atribuído pelas mães quanto à prática do aleitamento materno para a promoção da saúde da criança, bem como, investigar os fatores que propiciam o desmame precoce. Estudo de caráter descritivo, exploratório e de natureza qualitativa. Desenvolvido em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de Fortaleza-Ceará, Brasil. Participaram 20 mães de crianças com idade de 0 a 6 meses em desmame precoce. A partir dos relatos foi possível a apreensão de duas categorias de análise: Significados positivos da amamentação; Fatores determinantes para o desmame. Conclui-se, portanto, que o sucesso da amamentação está relacionado aos tipos de orientações e apoio que são oferecidos às mães, é preciso aprofundar a forma de abordagem, sobretudo, partindo do conhecimento dos benefícios do aleitamento materno, com enfoque tanto na criança como na mãe que amamenta.

Introdução

O aleitamento materno é a estratégia isolada em saúde pública com o maior potencial para a diminuição da mortalidade na infância, além de promover a saúde física, mental e psíquica da criança e da mulher que amamenta. Apresenta vários benefícios comprovados, tanto para o lactente, quanto para a mãe. Destacam-se os nutricionais, imunológicos, gastrointestinais e aumento do vínculo mãe-filho (BRASIL, 2009; SALIBA et al, 2008).

Acredita-se que uma amamentação prazerosa e o contato contínuo entre mãe e filho fortalecem os laços afetivos entre eles, oportuniza intimidade, troca de afeto e sentimentos de segurança e de proteção na criança e de autoconfiança e de realização na mulher, constitui uma das bases fundamentais na personalidade da criança (BRASIL, 2009).

O leite materno contém os nutrientes essenciais na proporção e quantidade necessárias ao crescimento e desenvolvimento da criança, além de ser adequado para o organismo que se encontra em desenvolvimento, sendo digerido em tempo oportuno, quando comparado com diferentes leites. Ademais, possui numerosos fatores imunológicos que protegem a criança contra infecções, no entanto essa proteção pode diminuir quando o aleitamento materno deixa de ser exclusivo nos primeiros seis meses (LEVY; BÉRTOLO, 2008).

As estatísticas no Brasil demonstram que aproximadamente 35% dos lactentes menores de quatro meses estão em aleitamento exclusivo. A maioria das mulheres introduz o leite materno, entretanto mais da metade das crianças já não se encontram em amamentação exclusiva no primeiro mês de vida. (CHAVES, 2011). Toma e Rea (2008), afirmam que de todas as causas de mortalidade infantil na América Latina, 13,9% poderiam ter sido prevenidas através do aleitamento exclusivo em lactentes de 0 a 3 meses e em aleitamento parcial no primeiro ano de vida.

Desse modo, o estudo torna-se relevante, pois tem o propósito de expor os benefícios do aleitamento materno e os fatores que impedem o sucesso deste. Acredita-se que mediante o conhecimento a duração dessa prática se intensifica. Com isso, o profissional de saúde ao participar da construção de uma consciência crítica das mães, através das orientações realizadas na assistência, deve dar ênfase aos benefícios do leite materno e o que a falta deste pode acarretar na criança.

Portanto, o AME e os altos índices de desmame precoce requerem questionamentos: Qual o conhecimento das mães sobre o potencial da amamentação para a saúde de seus filhos? O que no cotidiano das mães contribui para o desmame precoce? Desta forma, o estudo

foi conduzido com os objetivos de identificar o significado atribuído pelas mães quanto à prática do aleitamento materno para a promoção da saúde da criança, bem como, investigar os fatores que propiciam o desmame precoce.

Metodologia

Estudo descritivo, qualitativo, realizado em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde, pertencente à Secretaria Executiva da Regional VI, de Fortaleza - Ceará. Participaram do estudo 20 mães de crianças com idade entre 0 a 6 meses em desmame precoce. Adotou-se como critério de inclusão: mulheres com idade entre 19 e 30 anos que não estão amamentando exclusivamente e que aceitaram participar da pesquisa. Foram excluídas mães com transtornos mentais.

A pesquisa de campo foi realizada de outubro a novembro de 2011, utilizando-se entrevista semiestruturada, contendo questões acerca da idade, estado civil, renda familiar, grau de escolaridade e do conhecimento da mãe sobre aleitamento materno e fatores que influenciam no desmame precoce.

As entrevistas, com o consentimento dos sujeitos, foram gravadas, com duração de 10 minutos em média, logo após foram ouvidas e transcritas na íntegra. Para garantia do anonimato, os sujeitos foram identificados pela letra “M” de mãe, seguida de numeração correspondente à ordem cronológica de realização das entrevistas. As leituras sucessivas do material serviram para análise e elaboração das categorias do estudo. As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo (BARDIN, 2010). Após leitura, os dados foram organizados, interpretados, analisados e, por fim, reduzidos a categorias para fins de relato.

Os aspectos éticos estiveram presentes no decorrer da pesquisa, baseado na Resolução nº466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde do Brasil, tendo sido submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza e aprovado, conforme parecer nº 389/2011.

Resultados e Discussão

No que se refere à caracterização das vinte mães entrevistadas, tinham entre 19 e 30 anos de idade, e prevaleceram as que estavam no ensino médio.

Quanto ao estado civil, predominou mulheres solteiras, diante de sete casadas. Doze não trabalhavam, enquanto que as outras exerciam atividades informais fora de casa. No contexto financeiro, as mães estavam inseridas na classe socioeconômica baixa.

A partir dos relatos foi possível a apreensão de duas categorias de análise: *Significados positivos da amamentação*; *Fatores determinantes para o desmame*.

Significados positivos da amamentação

Os valores sociais, relativos ao papel da mulher e da criança, vêm determinando o comportamento da sociedade e, por conseguinte, o da mulher, em relação à amamentação em toda a história da civilização. O aleitamento materno, segundo a óptica da nutriz, mostra-se em diferentes faces nos diversos momentos da vivência da mulher-mãe, sendo esse um fenômeno existencial e não pura ou simplesmente um fenômeno biológico (SILVA, 2008).

Observa-se, nos relatos, em relação aos benefícios da amamentação, que as mães entrevistadas se referem ao leite materno como o mais importante alimento para o bebê e a sua prática como um meio seguro de garantir uma boa saúde para o filho.

“[...]Eu acho ideal para o bebê, ele cresce e desenvolve mais rápido” (M5).

“Acho fundamental até os seis meses” (M8).

“[...]Mãe mesmo tem que amamentar. [...] ele fica grandão” (M13).

“Eu acho muito importante para o crescimento da criança” (M19).

O leite materno possui características bioquímicas ideais para o crescimento e desenvolvimento da criança. Além de inúmeras vantagens que o leite materno proporciona, o mesmo é adequado às necessidades nutricionais do lactente (SALIBA, 2008; OLIVEIRA et al, 2010). Desse modo, o aleitamento materno é considerado um dos pilares fundamentais para promoção e proteção da saúde das crianças em todo o mundo. A superioridade do leite humano como fonte de alimento, de proteção contra doenças e de afeto fazem com que especialistas do mundo inteiro recomendem a amamentação exclusiva por seis meses de vida do bebê e complementado até pelo menos o final do primeiro ano de vida (ARAGAKI, SILVA, SANTOS, 2006). Mediante os relatos, pode-se verificar conhecimento relacionado à proteção imunológica, ao fator nutricional e de afetividade.

“Acho ótimo! Evita a criança de pegar gripe e outras doenças” (M3).

“Previne infecções e outras coisas, deixa o bebê satisfeito” (M14).

“É o período mais importante para o bebê, pois é o período que ele vai criando imunidade” (M20).

“É uma forma de passar carinho pra ela e é bom também porque o leite materno tem tudo, não precisa dar remédio, ele evita doenças” (M15).

Amamentar é a estratégia natural mais sábia de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança. Constitui uma intervenção sensível, econômica e eficaz para redução da morbimortalidade infantil, além de permitir um impacto positivo na promoção da saúde integral do binômio mãe-filho (JOVENTINO et AL, 2011). A prática do aleitamento materno proporciona à mãe e ao bebê uma proximidade diária o que favorece o desenvolvimento do vínculo.

Desse modo, pôde-se constatar que as participantes do estudo apresentaram conhecimentos relevantes, no que se diz respeito aos benefícios da amamentação para o bebê. Esses benefícios, na concepção das mães, estão vinculados de maneira significativa à saúde da criança e a sua importância para a prevenção das doenças e no controle do crescimento e desenvolvimento saudável. No entanto, as vantagens para as mesmas não foram relatadas. As implicações da amamentação para a saúde da mulher ainda são pouco abordadas pelos profissionais de saúde, necessitando de uma maior atenção.

Fatores determinantes para o desmame

Quando indagadas sobre o que levou ao desmame notou-se uma sensibilidade das mães frente ao choro dos filhos, tal choro que elas relacionavam a fome e à concepção de que o leite é pouco e fraco, e por isso insuficiente para saciá-los.

“O meu filho não se contentava só com a mama. Ele chorava demais!” (M3).

“Ela chorava muito, ai eu passei a dar outro tipo de leite e ela passou a dormir a noite toda, acho que era fome” (M6).

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde³⁴⁵

“Eu não tinha muito leite. Ele chorava muito por causa da fome, eu tentava tirar o leite e não conseguia, não tive paciência e dei logo mingau. Ele gostou e continuei dando” (M11).

“[...] quando eu dava o peito ela ficava chorando, como se não sustentasse ela, por isso passei a dar mingau e ela passou a dormir a noite toda” (M12).

O leite fraco compreende uma das construções sociais mais utilizadas como explicações para o abandono da amamentação. Evidencia-se o fato de que mulheres de várias culturas fazem referência ao leite fraco como razão para o desmame. Contudo, do ponto de vista biológico não existe leite fraco e que são raras as intercorrências que impossibilitam a amamentação (SILVA; MOURA; SILVA, 2007). Pensa-se ser determinante que os profissionais de saúde saibam ouvir as mães, suas queixas e desconfiças, avaliar a mamada, aceitar sugestões, saber identificar, pela curva de crescimento da criança, se está realmente apresentando crises do crescimento ou não. A autoconfiança é necessária. Para isso, deve-se reconhecer e elogiar aquilo em que a mãe e o bebê estão indo bem. É preciso também, oferecer ajuda prática como, por exemplo, segurar o bebê e ajudar a mãe a encontrar uma posição confortável para amamentar. O trabalho e estudo materno foram apontados como fatores que influenciam a prática da amamentação.

“Precisei voltar a estudar, não dava pra ficar só na mama.” (M9).

“Mesmo não querendo, tive que dar outros alimentos devido à condição financeira, tenho que trabalhar” (M13).

“[...] tive que voltar a trabalhar e comecei a dar suco e papinha pra ele... foi triste (M14).

Parizotto&Zorzi (2008), consideraram que atualmente muitas mulheres vêm assumindo vários papéis como o de chefes de família, somando-se ao de mãe, esposa e filha, não sobrando muito tempo para amamentar. Isso provoca além do estresse emocional que esses papéis acumulam um prejuízo à amamentação. No entanto, mesmo sendo reais as justificativas das mães, tal situação não deixa de ser difícil e culposa para elas. A experiência de desmame foi aplicada pelas participantes como um momento doloroso, causando tristeza em ter que sair pra trabalhar ou estudar e deixar seu filho “abandonado”.

Ações no sentido de oferecer condições adequadas para que as mulheres possam amamentar seus filhos devem ser elaboradas, isto promoverá a saúde e prevenirá doenças tanto na criança como na mãe, gerando economias para o governo e benefícios para toda a sociedade. Para isso todos devem estar engajados nesta luta: governo, sociedade, profissionais da saúde, para que possamos melhorar a saúde e a qualidade de vida da população (GINDRI, DUARTE, COSTA, 2010).

Outras dificuldades, como a pega do bebê no peito da mãe, foram vivenciadas pelas mães entrevistadas como motivo para o desmame precoce.

“Ele não queria mais meu peito, não conseguia pegar!” (M1).

Pode-se dizer que são diversas as situações que podem trazer dificuldades ao aleitamento materno. Quando são praticados os cuidados já recomendados desde o pré-natal, estas são facilmente superadas (CARMO et al, 2010).

O desmame é desencadeado por muitos fatores, entre eles: o estudo, o trabalho, a concepção de que o leite é pouco, e a crença de que o leite é fraco. Destaca-se os dois últimos fatores, pois são apontados de forma mais recorrente pelas mães para justificar o desmame precoce. A maioria das nutrizes possuem capacidade biológica para amamentar, além de leite suficiente para nutrir as necessidades de seus filhos. Entretanto, elas necessitam de apoio profissional e familiar, para permanecer amamentando durante o período recomendado.

Conclusão

Os determinantes para a descontinuidade da amamentação no universo pesquisado são: o não entendimento sobre as vantagens do leite materno para a saúde dos filhos, o não reconhecimento dos benefícios para a saúde das próprias mães. Isso demonstra que as informações são insuficientes, pouco consistentes, sobretudo no que se referem à compreensão da produtividade e da densidade do leite, fatores relacionados à saciedade do bebê. Neste aspecto, revela-se que o conhecimento cultural é propagado entre gerações afirmando forte relação entre choro, fome e a necessidade de introdução de complemento alimentar.

Os profissionais de saúde são capazes de atuar como agente ativo na mudança das crenças, através de ações educativas pertinentes e entendida como atividades adjacentes à consulta. Acredita-se que o sucesso da amamentação está relacionado aos tipos de orientações e apoio que são oferecidos às mães, é preciso aprofundar a forma de abordagem, sobretudo, partindo do conhecimento dos benefícios do aleitamento materno, com enfoque tanto na criança como na mãe que amamenta.

Referências

- ARAGAKI, I.M.M.; SILVA, I.A.; SANTOS, J.L.F. Traço e estado de ansiedade de nutrizes com indicadores de hipogalactia e nutrizes com galactia normal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 40, n.3, 2006
- BARDIN. L. **Análise de Conteúdos**. 5ed. Lisboa, Edições 70, 2010.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde da criança: Nutrição Infantil. Aleitamento materno e alimentação complementar. Cadernos de Atenção Básica - Nº 23. Brasília - DF, 2009.
- CARMO, T.M.F et al.. [Aleitamento materno na sala de parto: a perspectiva da mulher](#). **Ciência etpraxis**. v. 3, n. 6, 2010.
- CHAVES, M.M.N. et al. Amamentação: a prática do enfermeiro na perspectiva da Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.45, n.1, p. 199-205, 2011.
- GINDRI, T.B.; DUARTE, P.F.; COSTA, N.C.G.O trabalho materno como um fator de influência sobre a prática da amamentação: uma revisão bibliográfica. **Revista Matogrossense de Enfermagem**, v.1, n.1, p.78-85, 2010.
- JOVENTINO, E.S.; DODT, R.C.M.; ARAUJO, T.L.; CARDOSO M.V.L.M.L, SILVA, V.M.; XIMENES, L.B. Tecnologias de enfermagem para promoção do aleitamento materno: revisão integrativa da literatura. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, 2011.
- LEVY, L.; BÉRTOLO, H. (ed.). **Manual de aleitamento materno**. Lisboa, Portugal: Comitê Português para a UNICEF, 2008, 43 p.
- OLIVEIRA, P.F et al. Percepção de Gestantes Multíparas sobre a consulta de enfermagem no pré-natal: Enfoque no aleitamento materno. **Rev. Tendências da Enfermagem Profissional**. Fortaleza, v.2, n.1, p. 32-36, 2010.
- PARIZOTTO, J. & ZORZI, N. T. Aleitamento Materno: fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo, RS. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 32, n. 4, p. 466-474, 2008.
- SALIBA, N.A et al. Frequência e variáveis associadas ao aleitamento materno em crianças com até 12 meses de idade no município de Araçatuba, São Paulo, Brazil. **RevBras Saúde Matern Infantil**. Recife, v.8, n.4, 2008.

SILVA, I. A. **Amamentação na perspectiva da mulher**. In: MORAES, A. E. P. *et al.* (Colaboradores). O aleitamento materno no contexto atual: políticas, prática e bases científicas. São Paulo, Sarvier, p. 3-7, 2008.

SILVA, M.B.C.; MOURA, M.E.B.; SILVA A.O. Desmame precoce: representações sociais de mães. São Paulo: **Rev. Eletr. Enf.** v. 9, n.1, p. 31-50, 2007.

TOMA, T.S.; REA, M.F. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.24, n.2, p.235-46. 2008.

Agradecimentos

Agradecemos a oportunidade em divulgar o presente estudo e ao apoio e dedicação da Orientadora, Prof. Dra. Mirna Albuquerque Frota.

PROMOÇÃO DA SAÚDE DE GESTANTES A PARTIR DE UMA TECNOLOGIA CENTRADA NA USUÁRIA

Patrícia Moreia Costa Collares (apresentador) – Universidade Federal do Ceará / pmcollares@yahoo.com.br

José Eurico Vasconcelos Filho – Universidade de Fortaleza

Raimunda Magalhães da Silva (Orientadora) – Universidade de Fortaleza

Palavras-chave: Tecnologia da informação. Gravidez. Atenção Primária à Saúde.

Resumo

OBJETIVO: Analisar as etapas do desenvolvimento de um aplicativo para gestantes que provisione informações multimídia, contextualizadas, e acessíveis (cultural e tecnologicamente) com vista à promoção da saúde. **MÉTODO:** Para a criação da tecnologia em foco, inicialmente entrevistou-se 16 enfermeiras do pré-natal e 04 gestores da Estratégia Saúde da Família, bem como 27 gestantes atendidas nas unidades básicas de saúde distribuídas em diferentes bairros da cidade de Fortaleza, estado do Ceará. Essa fase fundamentou-se metodologicamente em uma abordagem qualitativa utilizando as narrativas, para subsidiar a criação de um aplicativo Android, este permite uma visão ampla das demandas, bem como uma sequência finita e cronológica acerca do pré-natal e das necessidades informacionais das gestantes. Por fim, avaliou-se a incorporação preliminar desse aplicativo no serviço de pré-natal com 11 gestantes. **RESULTADO:** Durante a pesquisa e desenvolvimento desta tecnologia, foram percorridos procedimentos de análise no intuito de identificar e certificar sua facilidade de aplicação por profissionais de saúde, ao mesmo tempo em que se atestou provisionar às gestantes informações contextualizadas acerca do corpo gravídico e dos cuidados na condução do pré-natal por meio de multimídias acessíveis e para diferentes plataformas. **CONCLUSÃO:** Admite-se o potencial desta tecnologia no favorecimento de um maior conhecimento e gerência do corpo gravídico pela mulher, com pretensões de melhoria das condições de vida e saúde dos binômios mãe e filho. Mantém-se a consciência de que este produto tecnológico necessita ser submetido à extensiva validação para ser transferido para os serviços de saúde.

Introdução

O presente texto centra-se no desenvolvimento de um recurso tecnológico direcionado para o público de gestantes e profissionais, da atenção básica em saúde, envolvidos no pré-natal. Buscou-se oportunizar uma ferramenta de apoio contínuo à realização das rotinas do pré-natal que favoreça o monitoramento, bem como as interações com as gestantes para que estas disponham de um serviço adaptado culturalmente à sua linguagem e suas necessidades.

As inovações tecnológicas em saúde respondem por parcela significativa do esforço em pesquisa e desenvolvimento mundial na sociedade contemporânea do conhecimento (biotecnologia, tecnologia da informação e comunicação, entre outras). No entanto, há de se reconhecer a necessidade de aprofundamento dos conhecimentos em saúde, e a implementação de iniciativas que busquem um modelo de desenvolvimento socialmente inclusivo e economicamente competitivo (GADELHA; COSTA, 2012).

Os serviços de saúde vivenciam desafios postos pelas mudanças demográficas e epidemiológicas. Nessa perspectiva se inserem as inovações em saúde como protagonistas de uma necessidade tangível à expansão do acesso e à adequação do sistema às necessidades da população. Entretanto, há de se dimensionar a complexidade da saúde para uma investigação da potencialidade e dos desafios impostos na implantação de uma dinâmica inovativa para a reestruturação dos serviços (COSTA et al., 2012).

O Ministério da Saúde (MS), através da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) tem estabelecido, no campo institucional, consensos que respaldam a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) e derivam da Agência Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS). Estas iniciativas buscam o incentivo no desenvolvimento de tecnologias que visem ações preventivas dentro da rede de saúde (ALBUQUERQUE; SERRUYA, 2009; BRASIL, 2008).

Coadunada com os interesses do MS, a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), lançada em 2004, preconiza a informação como motivadora das consultas de pré-natal realizadas por profissionais de saúde. Disserta essa política sobre a ênfase na integralidade da assistência, desenvolvendo ações de promoção da saúde que permitam incorporar a mulher como sujeito do próprio cuidado, bem como estratégias educativas que favoreçam ao “empoderamento” durante o período gestacional (BRASIL, 2004).

O panorama das tecnologias em saúde de cunho assistencial foi investigado através de uma pesquisa de anterioridade na temática revelando o grau de ineditismo desta tese. Entre os bancos acessados destacam-se as bibliotecas virtuais de acesso livre (Ebsco, Bireme, Sociedade Brasileira de Informática em Saúde, Google Acadêmico, dentre outras), Instituto Nacional de Propriedade Industrial

(INPI/Patente Online) e Rede de Bibliotecas e Unidades Cooperantes da Saúde – Brasil (Rede BiblioSUS). No período de 2004 a 2014 foram selecionados 86 obras correlacionadas a temática, abordando a gestação, tecnologia da informação e comunicação, e sistema especialista em saúde.

A gestação deve ser vista como um fator social, além de funcional. Pensando assim, fizeram-se os seguintes questionamentos: a) Prevalecem dúvidas nas gestantes acompanhadas pelo serviço de pré-natal, fragilizando/dificultando à autocondução da gestação e o cuidado com o corpo gravídico?; b) É possível inovar a prestação do serviço de saúde à gestante com características tais que confiram maior facilidade ao acesso à informação didática e compreensível e, conseqüentemente, maior autonomia à mulher no autoconhecimento, na tomada de decisão e no propósito de dirimir as dúvidas nessa fase de sua vida? São esses questionamentos – ainda sem respostas – que nos remete aos pressupostos de que: Um sistema especialista em saúde – fundamentado no campo da Tecnologia da Informação e Comunicação, especificamente na área da inteligência artificial – pode muito bem servir a esse propósito, na medida em que se constitua em ferramenta prática de aprendizagem com informações contextualizadas e fidedignas, sendo acessível ao público-alvo e incorporada à rotina da gestante, desde o início do pré-natal até o parto.

Diante do exposto objetivou-se analisar as etapas do desenvolvimento de um aplicativo para gestantes que provisione informações multimídia, contextualizadas, e acessíveis (cultural e tecnologicamente) com vista à promoção da saúde.

Metodologia

A proposta metodológica para esta pesquisa se apoiou na interface entre a abordagem qualitativa, a tecnologia da informação e comunicação, e o arcabouço teórico da assistência pré-natal servindo para o desenvolvimento de um serviço tecnológico que visa tornar o processo decisório mais seguro e eficiente por parte dos seus usuários (profissionais da atenção básica em saúde e as gestantes) favorecendo, assim, uma melhoria no acesso a informação e na qualidade do pré-natal.

A pesquisa ocorreu em três momentos. Na primeira fase se configurou o espaço comunicacional tal qual representado e/ou experienciado pelas gestantes e pelos profissionais que atendem no pré-natal, na atenção básica em saúde (ABS), no qual se produzem formas diferenciadas de ações, de expressão de identidades, conhecimentos, informações e culturas. Essa fase baseou-se nas narrativas tendo sido importante para identificar os modos próprios de produção e transferência de informações, as formas de socialização da aprendizagem, autorias e modos particulares de acesso de todos à informação produzida.

A segunda fase consistiu no desenvolvimento de um serviço tecnológico utilizando a plataforma Android com o suporte técnico de um grupo de computação – Núcleo de Aplicação em Tecnologia da Informação (NATI) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Como forma de consolidar essa fase de concepção iniciou-se uma experiência de interdisciplinaridade a partir da formação de um grupo composto por profissionais e estudantes das áreas de Fisioterapia, Enfermagem e Tecnologia da Informação e Comunicação (Computação – Núcleo de Aplicação em Tecnologia da Informação (NATI) e Publicidade) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

As informações foram disponibilizadas em multimídia (texto, áudio e imagens) e retratam as alterações anatomofisiológicas e os cuidados com o corpo da gestante, bem como uma agenda dinâmica acerca das rotinas do pré-natal individualizadas para cada mulher, sendo esta mediada por um sistema especialista. O aplicativo desenvolvido recebeu o nome de “Mamãe dia a dia”. Este oferece o serviço dentro das melhores práticas da área de engenharia de software e, principalmente, atende às necessidades dos usuários, identificadas a partir das entrevistas, previamente, aplicadas. Para a criação da tecnologia em foco, inicialmente entrevistou-se 16 enfermeiras do pré-natal e 04 gestores da Estratégia Saúde da Família, bem como 27 gestantes atendidas nas unidades básicas de saúde.

A última fase consistiu na introdução deste serviço dentro de Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF) através de um estudo de caso. Considerando que a primeira e a terceira fase se deram em unidades de saúde, e a segunda ocorreu na UNIFOR, segue abaixo o detalhamento desses espaços. Os locais de desenvolvimento das fases acima descritas foram o NATI e algumas UBASF's escolhidas por conveniência na Regional VI, por estar geograficamente inserida na mesma Regional da UNIFOR (instituição proponente da pesquisa).

Considerando o estabelecido na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde do Brasil, critérios éticos foram obedecidos e o estudo foi submetido à avaliação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da UNIFOR.

Resultados e Discussão

O produto desta pesquisa centra-se em um serviço tecnológico acessível e culturalmente adequado ao cuidado com o binômio mãe e filho durante a assistência gestacional na ABS. Este contém informações multimídia sobre: as fases do período gestacional, dicas de alimentação, suplementos, vacinas, exames e orientações diversas sobre o cotidiano em saúde gestacional. Soma-se a este suporte informacional um inquérito de saúde que serve para a alimentação de dados sobre a gestante, através de um sistema especialista que apoia na identificação e gerenciamento de situações de risco.

Do *check-list* aplicado aos gestores podemos obter os seguintes dados: todos mencionaram que detinham tecnologias que abordavam os mais variados temas relacionados ao período gravídico-puerperal, como alterações gestacionais, imunização, idade gestacional, alimentação, exames, desenvolvimento do feto, patologias como diabetes melito, hipertensão arterial sistêmica e doenças sexualmente transmissíveis, direitos da gestante, informações sobre o parto, cuidados com o neonato, dentre outros temas.

Os gestores também afirmaram ofertar momentos de educação em saúde e acolhimento às gestantes, nas devidas UBASF's. A fala a seguir retrata tal panorama: *“São realizadas algumas atividades e estratégias proporcionando informações as gestantes sobre o período gravídico, uma vez por semana.”* (Gestor 4). Porém alguns profissionais de saúde das unidades nos repassaram, durante a nossa vivência no campo, que não havia regularidade nestes grupos.

É essencial repensarmos sobre as atitudes e habilidades empregadas na assistência à gestante, ou seja, é preciso uma mudança na assistência que agrega o uso de tecnologia como: a comunicação, acolhimento, respeito, valorização das experiências e necessidades individuais (MACHADO et al., 2007).

Entendendo o cuidado em saúde, em qualquer instância, como aquele que permite relações entre pessoas, *“criação de vínculo”* foi um dos sentidos atribuídos pelas enfermeiras às tecnologias empregadas por elas na atenção pré-natal. Não obstante a ideia de confusão, o que informa esse sentido é o embricamento na prática entre *“tecnologia meio”* e *“tecnologia fim”* (ou fruto de vários outros processos e condicionamentos). No caso ora analisado, as entrevistadas refletem acerca do feito que é conseguir *“criar vínculo”* com pessoas e com a comunidade, fazendo ainda alusão ao fato de esta ser uma modalidade de *“tecnologia leve que é bem usada”*. O que também se extrai dessa representação é que os meios para se chegar a esse fim envolviam outras dimensões da assistência até que se formasse o necessário vínculo. Foram, portanto, modalidades outras de intervenções lembradas: *“a educação em saúde, acolhimento e palestras – conduzidas de tal maneira que lá na terceira ou quarta consulta você já tá sabendo bem direitinho da história de cada uma, o nome”* (Enfermeiro 15). O período gestacional requer cuidados especiais, pois a gestante vivencia experiências singulares decorrentes de

modificações fisiológicas e psicossociais. A inter-relação de procedimentos clínicos e educativos, voltados à gestante caracteriza a assistência pré-natal, que visa promover saúde (SHIMIZU; LIMA, 2009).

Acessamos 27 gestantes na fase exploratória da pesquisa, destas houve predomínio, entre 18 e 30 anos (68,9%), procedentes de Fortaleza/CE (77,7%), casadas/união estável (66,7%) e etnia parda (70,4%). Os níveis de escolaridade mais frequentes foram ensino fundamental (48,1%) ou médio (40,7%), renda familiar total superior a um salário mínimo, por fim relativo a história ocupacional, 63% não trabalhavam.

Quando as gestantes foram questionadas acerca da busca de conhecimentos sobre a gestação, predominou o suporte informativo proveniente de profissionais de saúde, seguido por amigos e familiares. Chama atenção o fato de existir no grupo entrevistado gestantes que nunca tinham buscado orientação sobre a gravidez. As intensas mudanças corporais e emocionais despertam nessas mulheres o interesse em buscar informações durante esta fase da vida. No entanto, o desinteresse sobre o curso da gestação e pré-natal pode representar um fator de risco gestacional.

Extraíram-se das narrativas alguns depoimentos que ilustram os medos, os anseios, as dúvidas e as curiosidades em relação ao período gestacional que trazem consigo mudanças intensas, tal fato talvez se deva ao não planejamento da gravidez na maioria das informantes.

“A minha dúvida iniciou com a minha menstruação que não veio. Eu comecei a sentir tontura, vômito e azia também [...] fui ao posto [...] marquei exame de urina e de sangue [...] aí deu que eu tava (grávida) né [...] marquei o pré-natal, perguntei a doutora como era assim fazer o pré-natal [...]. Minha maior dúvida [...] é de como ser mãe, eu nunca fui, é o primeiro filho é meio estranho eu acho, primeira vez” (Gestante 02).

Após a consolidação desses dados foi idealizado e desenvolvido o aplicativo Android “Mamãe dia-a-dia”. Desta forma, o sistema foi elaborado por alunos de graduação e pós-graduação da área de saúde coletiva e informática aplicada. Na fase de design e avaliação da proposta, bem como na fase de testes da solução proposta, considerou-se a metodologia de design centrado no usuário/participativo

adotada para o desenvolvimento da solução. Segundo Preece et al. (2013) a intenção do design participativo consiste em proporcionar ao usuário parceria com a equipe de desenvolvimento do jogo, através do seu envolvimento nas decisões da elaboração da proposta.

Em síntese o aplicativo conta com uma tela inicial de *login*, seguida pelo cadastro. A tela principal dispõe de campos divididos em um menu: “ações da semana” (atividades a serem cumpridas pela gestante considerando a semana gestacional), “como estou” (inquérito acerca da sintomatologia, para classificação do risco gestacional), “pendências” (relatórios de ações não realizadas), “informações para você” (texto sobre: as mudanças no corpo, desenvolvimento do feto, dicas de saúde e rotinas do pré-natal, etc.), “meu histórico” (síntese de todas as ações realizadas por ela), “minhas recordações” (álbum da gestação) e “radio mamãe” (áudio sobre: a gestação, dicas de saúde, rotinas do pré-natal e o parto).

Na fase final retornamos para uma unidade básica de saúde e selecionamos onze gestantes para participar da fase de avaliação/adequação do aplicativo. Participaram do estudo mulheres, com faixa etária entre 19 e 33 anos, destas a maioria possuía de 19 a 25 anos 08 (72,7%) e viviam em união estável, sobre a etnia elas declaram ter a cor da pele parda 04 (36,6%), seguido por preta e branca 02 (18,1%) cada. Relacionado ao nível educacional aproximadamente a metade tinham cursado apenas o ensino fundamental. Quanto à ocupação 06 (54,5%) não trabalham e 02 (18,1%) são recepcionistas. Relativo à idade gestacional, 02 (18,1%) mulheres estão no primeiro trimestre de gestação, 05 (45,5%) no segundo trimestre e 04 (36,6%) no terceiro trimestre, estas relatam em sua maioria serem múltiparas 05 (45,5%).

Foi consenso entre as gestantes a adequação do *design* das telas e relevância dos conteúdos e ações presentes no aplicativo. As entrevistadas consideram que a linguagem utilizada é clara e compreensível. Para Teixeira et al. (2009) o *fluir* da comunicação está diretamente relacionado à forma de compartilhar conhecimentos e experiências do profissional, com a usuária, confortando e reforçando a sua autoestima, a partir de um esquema de orientações estimulando a atitude positiva. Deste modo, o conhecimento e utilização das estratégias de comunicação podem favorecer o desenvolvimento de um trabalho, que contribua para o crescimento, a aprendizagem e o bem-estar da usuária.

Quando indagadas se haviam alguma necessidade de adaptação do aplicativo para ser utilizado no momento do pré-natal, evidenciou-se a inexistência de sugestões, como podemos visualizar na fala das seguintes gestantes: *“Acho importante utilizar durante o pré-natal, pois é uma forma da gente se entender melhor (diálogo médico e usuário), não é necessário nenhuma adaptação no aplicativo. Todo o conteúdo é compreendido bem.” (Gestante 7).* Chama à atenção a percepção das entrevistadas acerca da relevância de ser inserida a presente tecnologia no cotidiano do pré-natal. Espera-se que a utilização do aplicativo no decorrer do pré-natal desde o início da gestação possa auxiliar na minimização de dúvidas e na melhor adesão às rotinas do pré-natal.

Notou-se que a implantação do aplicativo favoreceu o empoderamento das gestantes, além de sanar dúvidas e questionamentos que, muitas vezes, não são abordados durante a consulta de pré-natal. Percebe-se a importância de disponibilizar suporte informacional para essas gestantes, visto que ao receber informações, elas tornam-se agentes promotores da sua própria saúde.

Conclusão

No decorrer da presente pesquisa, perceberam-se necessidades concernentes ao desenvolvimento de uma tecnologia com forte componente informacional que viesse a ser uma ferramenta de educação em saúde para favorecer o empoderamento de gestantes. Algumas características foram pensadas como essenciais a serem incorporadas neste produto que: acompanhasse as tendências da vida contemporânea das pessoas (pouco tempo, imediatismo, internet como fonte de informação, acesso a celulares); tivesse a capacidade de crescimento/ampliação (escalabilidade); fosse de fácil atualização contínua; e por fim atendesse ao seu público alvo de modo personalizado e direcionado ao contexto da gestante.

Admite-se o potencial desta tecnologia no favorecimento de um maior conhecimento e gerência do corpo gravídico pela mulher, com pretensões de melhoria das condições de vida e saúde dos binômios mãe e filho. Mantém-se a consciência de que este produto tecnológico necessita ser submetido à extensiva validação para ser transferida para os serviços de saúde.

Referências

ALBUQUERQUE, I. O.; SERRUYA, S. J. A política de gestão de tecnologias: fortalecimento da regulação do Estado e da função gestora no sistema público de saúde. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. **Leitura de novas tecnologias**. Salvador: EDUFBA, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde**. 2. ed.— Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

COSTA, L. S. et al. A dinâmica inovativa para a reestruturação dos serviços de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.46 s.1, São Paulo, dez. 2012.

GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. S. Saúde e desenvolvimento no Brasil: avanços e desafios. **Rev. Saúde Pública**, v.46, s.1, p.13-20, dez 2012.

MACHADO, M.F.A.S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p. 335-342, 2007.

PREECE, J. et al. **Design de Interação**: Além da Interação Homem-Computador. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2013

SHIMIZU, H. E.; LIMA, M. G. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Rev. Brasileira de enfermagem**. v.62 n. 3 Brasília Maio/Jun., 2009.

TEIXEIRA, C. A. B. et al. Comunicação interpessoal como instrumento que viabiliza a qualidade da consulta de enfermagem ginecológica. **Rev. APS**, v. 12, n. 1, p. 16-28, jan./mar. 2009.

Agradecimentos

Agradecimento aos profissionais e estudantes das áreas de Enfermagem e Tecnologia da Informação e Comunicação (Computação – Núcleo de Aplicação em Tecnologia da Informação (NATI) e Publicidade) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), que participaram diretamente da construção do aplicativo “Mamãe dia-a-dia”.

PROMOÇÃO DA SAÚDE DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA VISUAL E TECNOLOGIAS DE ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA

Jânio Cavalcanti Rodrigues Júnior (apresentador) – Universidade Federal do Ceará, janiojunior_pb@hotmail.com

Luana Duarte Wanderley Cavalcante – Universidade Federal do Ceará

Giselly Oseni Barbosa Oliveira – Universidade Federal do Ceará

Lorena Barbosa Ximenes – Universidade Federal do Ceará

Cristiana Brasil de Almeida Rebouças (Orientador) – Universidade Federal do Ceará

Palavras-chave: Promoção da Saúde. Tecnologia. Pessoas com Deficiência Visual. Enfermagem.

Resumo

Objetivou-se identificar os domínios da Conferência de Galway presentes nas publicações nas quais as tecnologias foram aplicadas pela enfermagem para as pessoas com deficiência visual. Trata-se de uma revisão integrativa realizada nas bases de dados eletrônicas CINAHL, Scopus, PubMed, Cochrane e LILACS com os descritores não controlados: pessoas com deficiência visual, enfermagem e tecnologia. Foram selecionadas cinco produções, analisadas pelos pesquisadores segundo as oito competências. Identificaram-se 14 tecnologias e um mínimo de quatro competências em cada estudo. As competências Avaliação de necessidades e Advocacia estiveram presentes em todos os artigos e que a competência Catalisar a mudança foi a segunda mais frequente. Todas as tecnologias foram utilizadas como estratégia de promoção da saúde na busca pela acessibilidade, inclusão, equidade da atenção e empoderamento das pessoas com deficiência visual.

Introdução

O desenvolvimento e a utilização das tecnologias na enfermagem se fazem necessários sobretudo quando a clientela apresenta alguma dificuldade de acesso ao cuidado de saúde, o que requer também o preparo dos profissionais no atendimento dessa demanda. Nesse contexto, inserem-se as pessoas com deficiência visual. A literatura revela que em virtude da sua condição, essa população enfrenta dificuldades de acesso à informação por necessitarem de uma abordagem diferenciada (WANDERLEY et al., 2012). Reconhecendo, então, a necessidade de iniciativas com enfoque acessível à essa população mediante ações de educação em saúde efetivas e interativas, as tecnologias devem ser desenvolvidas com intuito de inserir as pessoas com deficiência visual nas ações de prevenção, promoção e reabilitação em saúde (CEZARIO; MARIANO; PAGLIUCA, 2008; SOUZA et al., 2012). Para tanto, é indispensável a criação de recursos didáticos e tecnológicos para o seu atendimento. No contexto de promoção da saúde, requer-se dos profissionais competências específicas que possibilitem sua atuação no envolvimento comunitário e institucional. É necessário refletir sobre o perfil de competências que os profissionais devem ter, com enfoque em habilidades e atitudes a serem desenvolvidas para garantir assistência de qualidade à população, com a consciência da responsabilidade social envolvida nas ações de promoção da saúde (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). Dessa forma, surgiu o seguinte questionamento: Quais os pressupostos da conferência de Galway podem ser identificados nas produções sobre as tecnologias utilizadas ou desenvolvidas pela enfermagem para pessoas com deficiência visual? Assim, o objetivo desse estudo foi identificar os domínios da Conferência de Galway presentes nas publicações nas quais as tecnologias foram aplicadas pela enfermagem para as pessoas com deficiência visual.

Metodologia

Estudo que utiliza a revisão integrativa como método pesquisa. Foram utilizadas as bases de dados eletrônicas Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Scopus, PubMed, Cochrane e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Foram utilizados os descritores não controlados: pessoas com deficiência visual, enfermagem e tecnologia, nos três idiomas, português, inglês e espanhol. Para a escolha dos artigos, mencionam-se os critérios: estar disponível eletronicamente na íntegra e de forma gratuita e responder à questão de pesquisa. O critério de exclusão se constituiu de cartas aos editores e editoriais. A busca, a impressão e a análise dos textos ocorreram nos meses de junho e julho de 2013. A busca resultou em 97 artigos levantados nas cinco bases de dados, desses sete eram repetidos. Das demais 90 referências, 79 foram excluídas porque não relatavam a aplicação de tecnologias pela enfermagem para deficientes visuais e quatro por serem editoriais ou cartas. Dentre os sete resultados que respondiam à questão de pesquisa, dois não estavam disponíveis eletronicamente de forma gratuita. Após todas as considerações para seleção dos artigos, a amostra deste estudo se constituiu de cinco referências. As cinco produções selecionadas foram analisadas pelos pesquisadores

de forma descritiva e analítica à medida que os dados foram discutidos segundo as oito competências para a prática de promoção da saúde definidas na Conferência de Galway.

Resultados e Discussão

Observa-se que nos cinco estudos selecionados foram identificadas 14 tecnologias e no mínimo quatro competências em cada estudo. Verifica-se que as competências Avaliação de necessidades e Advocacia estiveram presentes em todos os artigos e que a competência Catalisar a mudança foi a segunda mais frequente. No primeiro estudo, os pesquisadores desenvolveram duas tecnologias que foram confeccionadas pelos próprios sujeitos para o treinamento com os preservativos. Os homens construíram a “Prótese Peniana Simples” com massa de modelar e as mulheres fizeram a “Prótese do Canal Vaginal” com esponjas de lavar pratos e ligas de borracha (WANDERLEY et al., 2012). A pesquisa seguinte teve por objetivo identificar as orientações existentes para elaborar documentos acessíveis para pessoas com deficiência visual, a qual desenvolveu três guias de instruções para a criação desses documentos. Com base nos guias, foi realizada uma gravação com as instruções de uso de uma caneta de insulina (WILLIAMS, 2012). Com a utilização da própria caneta de insulina e das instruções de uso em áudio, o terceiro estudo selecionado utilizou essas tecnologias para comparar a precisão de dosagem de insulina com a utilização da caneta por videntes e por pessoas com deficiência visual (WILLIAMS; SCHNARRENBARGER, 2010). No quarto estudo, um grupo de planejamento, composto por diabéticos com deficiência visual foi formado para conhecer e discutir as necessidades de materiais educativos. Diante disso, as informações sobre ferramentas e técnicas utilizadas na diabetes foram disponibilizadas em formato acessível, através de gravações (WILLIAMS, 2009). O último estudo selecionado desenvolveu tecnologias para ensinar mulheres com deficiência visual a realizar o auto-exame das mamas e verificar a eficácia destas. Foram criados materiais táteis para permitir a exploração da anatomia mamária e o treinamento do auto-exame,

compostos por uma prancha da anatomia, um “Protótipo do Busto” e um CD auto-instrucional (PAGLIUCA; COSTA, 2005). Diante dos resultados expostos, as oito competências foram identificadas nos estudos, a saber: Catalisar a mudança, Liderança, Avaliação de necessidades, Planejamento, Implementação/Execução, Avaliação de impacto, Advocacia e Parcerias. Quanto à competência Catalisar a mudança, foi possível identificá-la na maioria dos estudos que apresentaram características correspondentes à mudança (WANDERLEY; BARBOSA; REBOUÇAS et al., 2012; WILLIAMS; SCHNARRENBARGER, 2010; WILLIAMS, 2009; PAGLIUCA; COSTA, 2005). Dessa forma, com a utilização das tecnologias, os enfermeiros buscaram apoiar a capacitação e incentivar a participação das pessoas com deficiência em um trabalho de colaboração com a criação de ambientes e configurações promotoras de saúde, através do fortalecimento da capacidade de autocuidado, da redução das desigualdades e luta pela equidade e do desenvolvimento de competências pessoais capazes de manter e melhorar a saúde (DEMPSEY; BATTEL-KIRK; BARRY, 2011). Na competência Avaliação das necessidades se apresenta como a busca pelas demandas e recursos das comunidades, bem como os sistemas que levam à identificação e análise dos determinantes comportamentais, culturais, sociais, ambientais e organizacionais que promovam a saúde (ALLEGRENTRE et al., 2009). Dessa forma, as tecnologias foram desenvolvidas com base nas necessidades existentes e também da literatura abordada nos estudos, frente a escassez de recursos adaptados. Em todos os estudos essa competência pode ser evidenciada quando avaliam dados e informações relevantes na literatura sobre as pessoas com deficiência visual que sinalizam as necessidades de ações de promoção da saúde. Os enfermeiros devem direcionar suas ações a fim de contribuir para o empoderamento das pessoas com deficiência visual para promover sua emancipação e a consequente melhoria de vida (SOUZA et al., 2012). A advocacia também pode ser considerada em todos os estudos. Esta refere-se à defesa com e em nome dos indivíduos e das comunidades para melhorar a sua saúde e bem-estar e construir a sua capacidade para a realização de ações que podem tanto melhorar a saúde como fortalecer os ativos da comunidade (ALLEGRENTRE, et al., 2009). Os estudos buscam melhorar a saúde de pessoas com deficiência visual ao desenvolver tecnologias capazes de promover cuidados específicos de sua saúde, na busca pela equidade da atenção.

Conclusão

Todas as tecnologias foram utilizadas como estratégia de promoção da saúde na busca pela acessibilidade, inclusão, equidade da atenção e empoderamento das pessoas com deficiência visual. Os resultados evidenciam a atual condição da aplicação das tecnologias pela enfermagem para essas pessoas no cenário das competências essenciais para a promoção da saúde. Além disso, o olhar sobre as competências na utilização de tecnologias poderá instigar os enfermeiros a desenvolverem materiais e métodos acessíveis relacionados à saúde dessa clientela. Espera-se ainda, que o estudo possa encorajá-los a realizar uma educação em saúde inclusiva através da utilização de tecnologias, sensibilizando-os para essa real necessidade e proporcionando o desenvolvimento de habilidades e atitudes que favoreçam a promoção da saúde.

Referências

- ALLEGRENTRE, J. P.; BARRY, M. M.; AIRHIHENUWA, C. O.; AULD, M. E.; COLLINS, J. L.; LAMARRE, M. C.; MAGNUSSON, G.; MCQUEEN, D. V.; MAURICE, B. Domains of Core Competency, Standards, and Quality Assurance for Building Global Capacity in Health Promotion: The Galway Consensus Conference Statement. Mittelmark and Galway Consensus Conference. **Health Education & Behavior**, v.36, n.3, p.476-482, 2009.
- CEZARIO, K. G.; MARIANO, M. R.; PAGLIUCA, L. M. F. Comparando o comportamento sexual de cegos e cegas diante das DSTs. **Rev Eletr Enf** [Periódico na Internet], v.10, n.3, p.686-694, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a14.htm>. Acesso em: 30 jan. 2010.
- DEMPSEY, C.; BATTEL-KIRK, B.; BARRY, M. M. **The CompHP Core Competencies Framework for Health Promotion Handbook**. Paris: International Union of Health Promotion and Education (IUHPE), 2011. Disponível em: http://www.nuigalway.ie/health-promotion/documents/M_Barry/comphp_core_competencies_framework_for_health_promotion_handbook_sept_2011.pdf. Acesso em: 20 nov. 2013.
- NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Mundo Saúde**, v.34, n. 1, p.92-96, 2010.
- PAGLIUCA, L. M. F.; COSTA, E. M. Tecnologia educativa para o auto-exame das mamas em mulheres cegas. **Rev Rene**, v.6, n.1, p.77-85, 2005.
- SOUZA, E. L. V.; MOURA, G. N.; NASCIMENTO, J. C.; LIMA, M. A.; PAGLIUCA, L. M. F.; CAETANO, J. A. Diagnósticos de enfermagem embasados na teoria do autocuidado em pessoas com deficiência visual. **Rev Rene**, v.13, n.3, p.542-551, 2012.
- WANDERLEY, L. D.; BARBOSA, G. O. L.; REBOUÇAS, C. B. A.; OLIVEIRA, P. M. P.; PAGLIUCA, L. M. F. Sexualidade, DST e preservativo: comparativo de gênero entre deficientes visuais. **Rev Enferm UERJ**, v.20, n.4, p. 463-469, 2012.

WILLIAMS, A. S. Creating low vision and nonvisual instructions for diabetes technology: an empirically validated process. **J Diabetes Sci Technol.**, v.6, n.2, p.252-259, 2012.

WILLIAMS, A. S. Making diabetes education accessible for people with visual impairment. **Diabetes Educ.**, v.35, n.4, 612–621, 2009.

WILLIAMS, A. S.; SCHNARRENBURGER, P. A. A comparison of dosing accuracy: visually impaired and sighted people using insulin pens. **J Diabetes Sci Technol.**, v.4, n.3, p. 514-521, 2010.

Agradecimentos

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico

PROMOÇÃO DA SAÚDE DE UMA PACIENTE GRÁVIDA EM ABSTINÊNCIA POR DROGAS QUE SOFREU POLITRAUMATISMO- ESTUDO DE CASO

Mônica de Fátima Ferreira Rocha—Centro Universitário ESTÁCIO do Ceará— monica.ssrocha@hotmail.com

Tamirys Barbosa Moreira Nunes - Centro Universitário ESTÁCIO do Ceará- tamirisbarboza@hotmail.com

Yzaga Livia de Sousa Silva—Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza yzagalivia28@yahoo.com.br

Tamyris da Silva Lopes – FATENE – tamyrisdasilva@gmail.com

Kelly Fonseca Pereira- FAECE Faculdade De Ensino e

Cultura do ceará- Kelly.fonseca@hotmail.com

Silveria Lopes Prado (orientadora)

– Especialista em Estomaterapia Universidade Estadual do Ceará-silverialopesprado@gmail.com

palavra-chave: trauma, bem-estar, saúde.

Resumo

O politraumatismo é um conjunto de sinais e sintomas decorrente de várias lesões, como as fraturas de bacia que podem ser leves, mais quando associadas a uma volumosa hemorragia retroperitoneal, o que eventualmente é letal. Nestes casos, tanto a fixação externa da bacia e a hemostasia dos vasos sangrantes são métodos efetivos. Além de levar a prejuízos físicos, também leva a déficits mentais, cognitivos levando a um comprometimento da qualidade de vida tanto da vítima como do meio em que ela está inserida. Objetivamos Apresentar um caso clínico de uma paciente usuária de droga, internada no hospital municipal de Maracanaú-CE, que sofreu de politraumatismo, e perda de um filho, conflitos familiares, e abstinência de drogas, ressaltando os cuidados e a importância da Estomaterapia. Estudo de caso clínico, descritivo e interventivo, que se utilizou dos registros do prontuário e das fichas da Estomaterapia, bem como da observação e fotografia das lesões. Paciente foi esclarecido sobre possibilidade de documentação do caso, tendo seu consentimento. Paciente A.C.S.F do sexo feminino, 22 anos, solteira, parda, deu entrada no serviço hospitalar às 23:00H de 01/03/2014 vítima de atropelamento por veículo de grande porte (ônibus), 02/03/2014 chegada à clínica cirúrgica com Diagnóstico de politraumatismo + choque hemorrágico + gravidez + fraturas de bacia. Concluímos que o presente estudo trará uma nova visão sobre o paciente que sofre um trauma, pois não podemos olhar somente para o bem estar físico (tratamento da ferida), mais sim para a promoção da saúde como um todo visando seu bem estar psicológico e social, dando atenção a seus anseios e suas dúvidas.

Introdução

O politraumatismo é um conjunto de sinais e sintomas decorrente de várias lesões, com reações sistêmicas que podem levar à falha ou a disfunção de órgãos ou sistemas vitais não diretamente lesados pelo trauma. Muitas vezes podem decorrer de colisões automobilísticas, que por vezes podem ser simples ou complexas, e quando falamos de traumas em gestantes usuárias de drogas, sempre falamos em algo complexo, que certamente irá gerar repercussões na vida do feto, da mãe e da família inserida nesse contexto. (NETO et.al, 2005) Uma lesão que pode ser ocasionada por este tipo de trauma são as fraturas de bacia que podem ser leves, mais quando associadas a uma volumosa hemorragia retroperitoneal, o que eventualmente é letal. Nestes casos, tanto a fixação externa da bacia e a hemostasia dos vasos sangrantes são métodos efetivos. (BASSAN et.al, 1998)

Além de levar a prejuízos físicos, também leva a déficits mentais, cognitivos levando a um comprometimento da qualidade de vida tanto da vítima como do meio em que ela está inserida. Pois agora um novo contexto nasce, com cuidados específicos tendo agora a família ter que se adequar com a nova rotina diária. Como por exemplo, a internação, os cuidados pós alta hospitalar, as inúmeras consultas até a recuperação total do paciente, curativos. Certamente esse meio se constitui de sentimentos de angústia, sofrimento emocional e espiritual, dor e incertezas, dificuldades e fatores estressantes que promovem mudanças no bem-estar. (MELIONE et.al, 2008)

Objetivamos Apresentar um caso clínico de uma paciente usuária de droga, internada no hospital municipal de Maracanaú-CE, que sofreu de politraumatismo, e perda de um filho, conflitos familiares, e abstinência de drogas ressaltando os cuidados e a importância da Estomaterapia.

Metodologia

Estudo de caso clínico, descritivo e interventivo, que se utilizou dos registros do prontuário e das fichas da Estomaterapia, bem como da observação e fotografia das lesões. Paciente foi esclarecido sobre possibilidade de documentação do caso, tendo seu consentimento. O acompanhamento do caso se deu por uma Estomaterapeuta e acadêmicas de Enfermagem, no período do mês de março a agosto de 2014, no hospital, classificado como uma unidade pública de médio porte e nível de complexidade secundária. Faz parte da 3ª Coordenadoria Regional de Saúde - Cres, sendo referência para seus oito municípios (Maracanaú, Maranguape, Pacatuba, Guaiuba, Acarape, Redenção, Barreira e Palmácia).

Entre os anos de 2000 a 2010, os serviços hospitalares foram ampliados para ambulatoriais, também de nível secundário de assistência, com as unidades: Centro Integrado de Reabilitação - CIR, Policlínica de Maracanaú (Serviço de Estomaterapia) e Centro de Testagem e Aconselhamento Sorológico em DST/AIDS - CETAS. Dessa expansão, veio o nome Complexo Hospitalar e Ambulatorial de Maracanaú Dr. João Elísio de Holanda.

Resultados e Discussão

A.C.S.F do sexo feminino, 22 anos, solteira, parda, deu entrada no serviço hospitalar às 23:00H de 01/03/2014 vítima de atropelamento por veículo de grande porte (ônibus), 02/03/2014 chegada à clínica cirúrgica com Diagnóstico de politraumatismo + choque hemorrágico + gravidez + fraturas de bacia. G1 P0 A0, IG 14 semanas e 2 dias confirmando pelo exame de ultrassonografia. **O feto ainda sobreviveu durante um mês.** Paciente relata não possuir HAS, alergias, refere etilismo como tabagismo e uso de drogas ilícitas, citando crack. Mostrou-se agressiva com a equipe multiprofissional e sua família, tanto com uso de palavras como por meios de agressões físicas, na visita diária da equipe de Estomaterapia verificou-se uma lesão com edema, hiperemia na região sacral, aplicado óleo de AGE para manutenção estrutural da pele. Evoluindo para ferida infectada caracterizada por presença de secreção purulenta, necessitando de abordagem cirúrgica para drenagem de secreção, realizada no centro cirúrgico uma abertura na região sacral de tamanho considerável, segundo a equipe cirúrgica do procedimento a quantidade drenada foi significativa, 6 cubas rins de sangue. O serviço de Estomaterapia entrou nos cuidados dos curativos diários fazendo uso de gaze simples para fazer o preenchimento da ferida e pomada Sulfadiazina de

prata 1% que confere características bactericidas imediatas e bacteriostáticas residuais, realizando troca a cada 24h ou quando a cobertura secundária estiver saturada de exsudato. (WARD et.al, 1995). Na segunda fase do tratamento com a infecção contida e sem presença de secreção adotamos o uso aproximação de bordas, usando técnica de pontos falsos sem preenchimento. Utilizado a pomada Metronidazol que possui propriedades relacionadas a cicatrização e diminuir a colonização no leito da ferida. (POLETTI et.al, 2002). Terceiro momento de tratamento, o ferimento foi suturado em procedimento cirúrgico para acelerar essa aproximação bordos que não houve efetivo para cicatrização e deiscência completa. No Quarto momento adotamos o uso de colágeno que combina resistência e apoio estrutural de colágeno e propriedades de formação do Alginato, em um curativo tópico macio, altamente absorvente e flexível. Mantém um local úmido na superfície da ferida que é condutivo à formação de tecido de granulação, epitelização e faz com que a cicatrização ocorra mais rapidamente. Então era colocado por cima dos pontos e fechado de forma compressiva, onde consegue-se cicatrização do lateral direita da lesão. As bordas apresentaram esfacelos sendo necessário desbridamento mecânico realizado por uma Estomaterapeuta, Adotando novamente a técnica de aproximar com pontos falsos e fechar fazendo uso da cinta abdominal. Paciente recebeu alta do serviço hospitalar depois de 3 meses de tratamento com ferida semi-aberta fazendo uso de pontos falsos encaminhada para serviço de estomaterapia no ambulatório do mesmo hospital. Quinto momento foi implantado lacres de poliuretano pela equipe da cirurgia plástica que aproxima a pele. A Estomaterapia introduziu espuma com prata nos orifícios dos lacres. Atualmente os lacres foram expulsos pela laceração dos tecidos dos bordos e estomaterapia ficou na condução do restante do caso com utilização de aproximação de pontos falsos até que se cicatrize o lateral esquerdo para nova abordagem da plástica. Vindo ao ambulatório 3 vezes por semana.

Conclusão

Concluimos que o presente estudo trará uma nova visão sobre o paciente politraumatizado e que é acompanhado pelo serviço especializado da Estomaterapia pois não podemos olhar somente para o bem estar físico (tratamento da ferida), mais sim para a promoção da saúde como um todo visando seu bem estar psicológico e social, dando atenção a seus anseios suas dúvidas, buscando novos métodos para que a mesma tenha um curto período de internamento devido ao poli trauma.

Assim ressaltamos a importância da equipe multidisciplinar, focando na inserção da Estomaterapia e a presença de acadêmicos de Enfermagem, utilizando novos métodos de tratamento para pacientes politraumatizados, para que os mesmos tenham chances de retornarem ao seu lar mais rápido todos com um olhar holístico sobre o cliente necessitado de nossos cuidados.

Referências

Neto, D.R; Chaves, R.M; Ramos, N.O; Vilar, R.T; RIBEIRO, Samuel Leal. **ÍNDICE DE MORTALIDADE POR CAUSAS VIOLENTAS EM TEÓFILO OTONI-MG**, 2005.
Melione LPR, Jorge MHP. **Morbidade Hospitalar por causas externas no Município de São José dos Campos, Estado de São Paulo, Brasil**. Epidemiol Serv Saúde. 2008.
Bassan D, Cephas GA, Fergusson KA et al. **A protocol for the initial management of unstable pelvic fractures**. Am Surg, 1998.
Potter, P. A.; Perry, A. G. **Grande Tratado de Enfermagem Prática – Clínica e Prática Hospitalar**. 5 ed. São Paulo:Santos. Livraria Editora, 2005.

Ward RS, Saffle JR. **Topical agents in burn and wound care**. Phys Ther 1995.

Polet NAA, Caliri MHL, Simão CDST, Juliani KB, Tácito VE. **Feridas malignas: uma revisão de literatura**. Rev Bras Cancerol 2002.

Agradecimentos

Agradecemos primeiramente a Deus, pelo dom da vida, pela nossa professora orientadora que sempre teve colaborou de forma significativa, e a todos que de uma forma fizeram parte da elaboração deste trabalho.

PROMOÇÃO DA SAÚDE DESENVOLVIDA POR ACADEMICOS DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Tâmara Ravena Goncalves Ferreira – Universidade Federal do Piauí-UFPI- tamararavena@hotmail.com
Nalma Alexandra Rocha de Carvalho – Universidade Federal do Piauí-UFPI
Isabela Ribeiro de Sá Guimarães Noleto – Universidade Federal do Piauí-UFPI
Brenda Kelly da Silva Monte– Universidade Federal do Piauí-UFPI
Marcos André Siqueira de Sousa – Universidade Federal do Piauí-UFPI
Inez Sampaio Nery– Universidade Federal do Piauí-UFPI

Palavras-chave: Promoção da saúde. Enfermagem. Atenção básica.

Resumo

No Brasil, o tema promoção da saúde ganhou força a partir das mudanças nas políticas de saúde, nos anos oitenta, que culminaram na Lei Orgânica da Saúde (1990) e na concepção do Sistema Único de Saúde (SUS). O sistema de saúde brasileiro está fundamentado em princípios de integralidade da atenção e de participação popular. Com base no exposto esse trabalho tem como objetivo relatar a experiência de acadêmicas de Enfermagem em uma atividade de promoção da saúde na Atenção Básica de saúde. Esse trabalho trata-se de um relato de experiência de acadêmicos do 6º período de enfermagem, a elaboração do artigo surgiu a partir da experiência vivenciada no campo de estágio Atenção Básica da disciplina de Saúde da Mulher. Foram desenvolvidas duas atividades de promoção da saúde, a primeira direcionada aos pacientes atendidos pelo programa Hiperdia no qual os alunos abordaram a questão da alimentação saudável e a segunda a mulheres que estavam no posto de saúde para consulta de puericultura, onde a temática abordada foi aleitamento materno. Conclui-se que atividades de promoção de saúde tem grande efetividade e representatividade quando realizada de forma adequada e adaptada aos hábitos da comunidade no qual essa atividade será direcionada.

Introdução

A atenção básica em saúde caracteriza-se por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, que engloba atividades de promoção, proteção e prevenção da saúde, assim como, diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde (MENDONÇA *et al.*, 2008). E o conjunto de educação, promoção e prevenção em saúde obtém como resultados: a maior adesão dos cidadãos aos tratamentos, a melhoria da qualidade de vida da população, entre outros benefícios (BERBEL; RIGOLIN, 2011).

No Brasil, o tema promoção da saúde ganhou força a partir das mudanças nas políticas de saúde, nos anos oitenta, que culminaram na Lei Orgânica da Saúde (1990) e na concepção do Sistema Único de Saúde (SUS). O sistema de saúde brasileiro está fundamentado em princípios de integralidade da atenção e de participação popular (OPAS/OMS, 1998).

As estratégias educativas para a promoção da saúde são ferramentas muito eficazes para obter mudanças na população do comportamento pessoal com a própria saúde (BERBEL; RIGOLIN, 2011). Um dos princípios das intervenções em promoção da saúde é a participação da população em todas as fases de planejamento, desenvolvimento e realização dos programas. Dessa forma, é imprescindível que se conheçam as crenças, os valores, os significados e os objetivos da população em relação à promoção da saúde, bem como o papel da fisioterapia neste processo (TURATO, 2005).

Assim as atividades de educação em saúde podem contribuir na prevenção de doenças. Prevenir significa antecipar e identificar situações sociais inadequadas que a certo prazo poderá prejudicar a população, por isto deve-se manter o controle das mesmas (Czeresnia 2003).

Com base no exposto esse trabalho tem como objetivo relatar a experiência de acadêmicas de Enfermagem em uma atividade de promoção da saúde na Atenção Básica de saúde.

Metodologia

Esse trabalho trata-se de um relato de experiência de acadêmicos do 6º período de enfermagem, a elaboração do artigo surgiu a partir da experiência vivenciada no campo de estágio Atenção Básica da disciplina de Saúde da Mulher. Disciplina que tem como objetivo central capacitar o futuro enfermeiro a participar da direção, planejamento, delegação, supervisão, execução e avaliações de ações assistenciais nos serviços de atenção à Saúde da Mulher. Desempenhando funções assistenciais, educativas e de gerenciamento das ações de enfermagem na assistência obstétrica e ginecológica.

Neste sentido, a disciplina, ao decorrer das práticas, buscou atingir os objetivos de forma precisa. Assim, os alunos foram incentivados a propor atividades de promoção da saúde aos pacientes atendidos no recinto, adequando cada atividade com a rotina do Posto. Durante os dois dias de estágio foram elaboradas as atividades direcionadas aos pacientes pertencentes ao programa Hiperdia, as mulheres com criança de menos de um ano.

Resultados e Discussão

As atividades desenvolvidas foram organizadas de acordo com o público, primeiramente a intervenção foi direcionada aos pacientes atendidos pelo programa Hiperdia. atividades ocorreram na sala de espera em das Unidades Básicas de Saúde, com duração média de 40 minutos cada uma delas. Os acadêmicos buscaram desenvolver atividades que envolvesse de forma dinâmica o público, inicialmente o ambiente foi organizado em forma de roda de conversa para que os estudantes pudessem ter uma visão geral do grupo, podendo perceber expressões referentes aos medos, aflições e dúvidas referente ao que estava sendo dito.

Para Uchôa (2009), as Rodas de Conversa conferem maior ênfase à educação em saúde, pois gera um espaço dialógico e solidário, com: ampliação da escuta, participação dos usuários, e relações mais próximas entre profissional e serviço, numa abordagem do campo da educação popular em saúde como potencializadora do cuidado.

Essas atividades foram realizadas no momento em que os pacientes esperavam atendimento médico e de enfermagem. Atividades realizadas na sala de espera é caracterizado como uma forma produtiva de ocupar um tempo ocioso nas instituições, com a transformação do período de espera pelas consultas médicas em momento de trabalho (Veríssimo; Valle, 2006).

Após o grupo devidamente acomodados os alunos distribuíram *folders* que continham informações acerca dos hábitos alimentares, informações essas apresentadas com linguagem clara e sucinta para que os pacientes pudessem compreender melhor o

que está sendo repassado. O material impresso permite ao usuário uma leitura posterior, reforçando as informações orais e servindo como guia de orientação (TORRES *et al*, 2009).

Com base nesse *folder* os alunos direcionavam os assuntos. Nele continha os 10 Passos para uma alimentação saudável, as restrições alimentares para pacientes Hipertensos e restrições alimentares para pacientes com diabetes mellitus, além de figuras ilustrativas acerca dos alimentos que prejudicam a saúde.

No decorrer das falas e dos temas os alunos oportunizavam as pacientes a dialogarem e acrescentarem à atividade, nessas oportunidades surgiam várias dúvidas referentes aos hábitos diários e acerca das crenças e mitos a respeito de mistura de alimentos, todas as dúvidas apresentadas foram respondidas.

Ao final foi disponibilizado um lanche, composto por frutas (maçã, banana, laranja, abacaxi, uvas), sucos (com e sem adoçantes), biscoito integral, iogurte, etc. Sempre enfatizando a importância do consumo desses alimentos de forma variada.

A atividade ocorreu de forma simples porém de grande proveito, pois os participantes tiveram voz e vez, podendo participar ativamente do processo ensino aprendizagem. Além disso o material disponibilizado foi de grande proveito pois ao final os pacientes relataram que iriam propagar a informação repassada aos familiares e amigos por meio do *folder*.

A segunda atividade desenvolvida nesse posto de saúde foi de Aleitamento materno, realizado no dia da consulta de puericultura, a atividade foi realizada enquanto as pacientes aguardavam consulta de enfermagem e médica.

Da mesma forma que a atividade anterior foi criada uma roda, no qual todos inclusive os acadêmicos ficavam sentados, para que as pacientes se sentissem adaptadas ao ambiente. Inicialmente foi pedido que todas se apresentassem, citando nome, idade e quantidade de filhos para que assim os acadêmicos tivessem mais conhecimento acerca das perguntas e como as informações seriam repassadas.

Após a apresentação aplicação os alunos realizaram uma dinâmica através de duas flores de cartolina com pétalas que foram utilizadas pelas mulheres, a primeira flor era a flor da verdade onde as mulheres escreveram informações que elas consideravam verdadeiras sobre aleitamento materno, já a segunda flor foi destinada a escrever sobre os mitos acerca do aleitamento materno. As pétalas foram lidas e comentadas a medida que estavam sendo coladas.

As flores foram formadas e coladas sobre uma parede para facilitar a visualização avaliação, fechamento e síntese. Os alunos perceberam que as mulheres ficaram entusiasmadas ao perceberem que suas informações ficariam disponíveis para esclarecer outras mulheres que viriam a se consultar no posto.

A educação em saúde é de grande importância quando buscamos mudanças de hábitos, adoção de rotinas saudáveis e adesão dos pacientes ao tratamento, fazendo com que o paciente entenda seu real papel na preservação de sua saúde (PORTELA *et al.*, 2008).

Borges e Japur (2008), afirmam que abrir espaços de produção de diálogo, reflexão e problematização junto à comunidade possibilita a construção de uma relação de corresponsabilidade, beneficiando formas mais humanas e efetivas do processo de trabalho em saúde.

Conclusão

Conclui-se que, as atividades e orientações simples podem ter, para a população a quem é destinada a informação, grande representatividade no dia-a-dia dessas pessoas, interferindo nos pensamentos e hábitos. Reconhecemos, ainda, a necessidade da implementação de práticas de promoção da saúde, para que vire rotina na vida da população.

Referências

BERBEL, D.; RIGOLIN, C.; **Educação e promoção da saúde no Brasil através de políticas públicas**. Revista Brasileira de Ciência Tecnologia e Sociedade, v.2, n.1, p. 25-38, 2011.

BORGES, C. C.; JAPUR, M. Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado. **Texto e Contexto Enferm.** v.17, n.1, p:64-71, Jan-Mar-2008.

Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. **A saúde no Brasil**. Brasília: OPAS/OMS; 1998.

PORTELA, J. *et al.* Atividades educativas com vista na promoção da saúde realizadas no CIEP 218 em Jardim Gramacho. Revista Rede de Cuidados em Saúde, v. 2, n.2, p.1-2, 2008.

TORRES, H. C. *et al.* O processo de elaboração de cartilhas para orientação do autocuidado no programa educativo em Diabetes. **Rev. bras. enferm.** v.62, n.2, p:312-316, Mar-abr-2009.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saude Publica.** v.39, n.3, p:507-514, 2005.

UCHÔA, A.C. Innovative care experiences at Family Health Program (PSF): potential and limits. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, n.29, p.299-311, abr./jun. 2009.

VERÍSSIMO, D. S.; VALLE, E. R. M. A experiência vivida por pessoas com tumor cerebral e por seus familiares. **Psicol. Argum.** v.24, n.45, p:45-57. .Abr-jun 2006.

Agradecimentos

Aos pacientes pela sua colaboração e receptividade no decorrer do semestre.

PROMOÇÃO DA SAÚDE DO BINÔMIO MÃE-FILHO: ORIENTAÇÕES DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM ACERCA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

Francisco Mayron Moraes Soares – Universidade de Fortaleza, mayrosoares13@hotmail.com

Sâmia Monteiro Holanda – Universidade Federal do Ceará

Fernanda Câmara Campos – Universidade Federal do Ceará

Gleiciane Kélen Lima – Universidade Federal do Ceará

Liana Mara Rocha Teles – Universidade Federal do Ceará

Ana Kelve de Castro Damasceno – Universidade Federal do Ceará

Palavras-chave: Aleitamento materno. Puerpério. Enfermagem. Promoção da saúde.

Resumo

Objetivou-se identificar as orientações prestadas pela equipe de enfermagem às puérperas acerca da prática do AME. Verificou-se que todos os profissionais eram do sexo feminino, com idade entre 23 e 65 anos. Atuavam, em média, na enfermagem 14 anos e na obstetrícia 7 anos. A maioria das participantes tinha nível médio, totalizando 8 (72,7%) profissionais. Identificou-se categorias temáticas como AME até os seis meses: “seis meses de mama exclusiva. Nada de chá, nada de água”; benefícios do AME para o bebê, a mãe e a família: “o primeiro leite que sai da mãe, o colostro, é como se fosse uma vacina para o seu bebê”, “você não vai precisar gastar dinheiro com outro leite”; e manejo clínico da amamentação: “você tem que colocar toda a aréola na boca do bebê, que é essa parte marrom”. Os aspectos sociais e emocionais da amamentação, importantes para o estabelecimento de vínculo entre mãe e bebê, não foram mencionados pela equipe de enfermagem. Conclui-se que não basta ao profissional de enfermagem ter conhecimentos básicos e habilidades em AME, ele precisa também saber discutir com as puérperas sobre como elas amamentam, o que elas pensam e como elas se sentem a respeito de si próprias, contemplando não apenas os aspectos biológicos, mas também os sociais e emocionais, de forma a promover a saúde do binômio.

Introdução

Puerpério é o período do ciclo gravídico puerperal em que as modificações locais e sistêmicas provocadas pela gravidez e parto no organismo da mulher retornam à situação do estado pré-gravídico. Didaticamente, pode ser dividido em três períodos: imediato (do 1º ao 10º dia após a parturição), tardio (do 11º ao 45º dia) e remoto (a partir do 45º dia) (BRASIL, 2006). É no período puerperal que ocorre o efetivo exercício da maternidade, na qual a mulher experimenta profundas modificações. Assim, este evento pode ser concebido como um fenômeno de âmbito tanto biológico quanto psicológico e sociocultural.

Em grande parte das maternidades públicas, as mulheres em puerpério imediato ficam em Sistema de Alojamento Conjunto (SAC), um sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe 24 horas por dia em um mesmo ambiente até a alta hospitalar (BRASIL, 1993). Este tipo de modelo permite uma permanência contínua dos pais dentro da unidade de atendimento, onde eles receberão orientações acerca dos cuidados com o recém-nascido. O ambiente também favorece o vínculo entre familiares, além de contribuir para a redução dos índices de infecção hospitalar.

No Brasil ocorreu no ano de 1971, em Brasília, a primeira experiência de Alojamento Conjunto. Nos anos 80, a Organização Mundial de Saúde, o Ministério da Saúde e o UNICEF determinaram a implementação do Sistema de Alojamento Conjunto, baseados na crescente taxa de desmame precoce no país (PASQUAL; BRACCIALLI; VOLPONI, 2010).

O ato de amamentar é permeado por fatores biológicos, sócio-econômicos e culturais que poderão influenciar de forma positiva ou não na saúde do binômio mãe-filho. Assim, a amamentação é um processo que requer necessidade de orientação e atenção por parte dos familiares e dos profissionais de saúde (DOMINGUES, 2010; CARVALHO *et al.*, 2010).

As ações de enfermagem que buscam promover a saúde do binômio se dão através da demonstração de interesse, por parte do profissional, resultando no bem-estar da paciente e em uma interação efetiva. Por outro lado, o fato de não serem atendidas de maneira empática gera uma percepção de desprezo, descaso e humilhação (SOARES; CIRICO, 2010).

A prestação de uma assistência de enfermagem com qualidade e de forma humanizada exige que a equipe de enfermagem se insira na rede social de cuidados de forma consciente e competente, tanto técnica quanto cientificamente.

Consciente da importância da promoção da saúde do binômio mãe-filho no trabalho de enfermagem e da necessidade de orientações para uma prática eficaz do AME, surgiu a seguinte questão de pesquisa: como estão sendo oferecidas as orientações sobre o AME, pela equipe de enfermagem às puérperas internadas no alojamento conjunto?

Optou-se, aqui, por investigar como se dá as orientações entre equipe de enfermagem/paciente acerca do AME, tendo em vista que a efetividade das orientações pode contribuir positivamente para a prática do AME entre as puérperas, e, portanto, para a promoção da saúde do binômio.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. A finalidade dos estudos descritivos é observar, descrever e documentar os aspectos da situação de maneira detalhada (POLIT; BECK, 2011).

A pesquisa qualitativa corresponde a um espaço mais profundo das relações. Trabalha com significados, crenças, valores, aspirações, motivos e atitudes, ou seja, se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado (MINAYO, 2010).

O estudo foi desenvolvido no período de março a junho de 2012, em um Alojamento Conjunto de hospital de referência de Fortaleza- Ce. O Alojamento Conjunto da unidade de Obstetrícia do referido hospital possui cerca de 30 leitos divididos em 6 enfermarias.

A população do estudo envolveu 8 enfermeiros, 6 técnicos de enfermagem e 10 auxiliares de enfermagem que atuam no SAC, perfazendo um total de 24 profissionais . Porém para compor a nossa amostra, utilizou-se como critério de inclusão: profissionais que tenham em sua rotina assistencial o estabelecimento de orientações às mulheres internadas. Observou-se que destes, 11 profissionais de enfermagem, sendo 3 enfermeiros, 4 técnicos de enfermagem e 4 auxiliares de enfermagem que atuam no SAC, tinham em sua rotina a realização das orientações às puérperas sobre AME de forma sistemática e sem que houvesse a solicitação das mesmas.

A coleta de dados deu-se no período de março a junho de 2012. Foi utilizada a observação direta não participante e sistemática de interações, entre profissionais e puérperas através de um roteiro pré-elaborado.

Os dados foram compilados e analisados por meio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 18.0 e apresentados por meio de tabelas. A seleção dos testes estatísticos se deu conforme a necessidade da análise das informações, com o intuito de alcançar os objetivos do estudo.

As variáveis preditoras foram: idade, sexo, cor, escolaridade, anos de estudo, função exercida, tempo de experiência na enfermagem, tempo de experiência na área obstétrica e orientações realizadas.

Os dados registrados no roteiro e diário de campo foram submetidos a leituras repetidas, com vistas a apreender as especificidades das orientações prestadas às puérperas, de acordo com os itens do roteiro.

Para a referida autora, a análise de conteúdo trata-se de um conjunto de técnicas de análise de comunicação que visa obter, através da descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens.

Para tanto, a análise de conteúdo foi desenvolvida em três fases:

Pré-análise do conteúdo: escolha dos documentos (orientações realizadas pelos profissionais de enfermagem), definição dos objetivos e leitura flutuante do material; Exploração do material: decomposição do texto e agrupamento de falas semelhantes, definição de categorias de base, reagrupamento semântico, construção de categorias temáticas e estabelecimento dos núcleos;

Tratamento e interpretação dos dados Para analisar as informações contidas nas falas dos profissionais de enfermagem, que atuam em Sistema de Alojamento Conjunto, foram apresentadas as “orientações” (O) junto ao “profissional de enfermagem” (P) seguido do numeral.

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

Resultados e Discussão

Os sujeitos do estudo foram 11 profissionais de Enfermagem atuantes no Sistema de Alojamento Conjunto, sendo 3 enfermeiros, 4 técnicos de Enfermagem e 4 auxiliares de Enfermagem que tinham em sua rotina assistencial a realização das orientações às puérperas sobre AME.

Em relação ao sexo, todos os participantes eram mulheres. Quanto à formação profissional, observa-se que 3 (27,3%) profissionais têm nível superior, sendo um (9,1%) enfermeiro e dois (18,2%) enfermeiros obstetras. Há predominância de profissionais de nível médio, totalizando 8 (72,7%) profissionais, sendo sete (63,6%) de nível técnico e um (9,1%) de nível superior incompleto.

As informações contidas nas falas dos profissionais de enfermagem, que atuam em Sistema de Alojamento Conjunto, convergiram nas seguintes temáticas: aleitamento materno exclusivo até os seis meses, benefícios do aleitamento materno para o bebê, a mãe e a família e manejo clínico da amamentação.

Aleitamento materno exclusivo até os seis meses.

Nesta categoria alguns profissionais abordaram junto às puérperas, questões referentes à importância de se manter a prática do aleitamento materno exclusivo até os seis primeiros meses de vida da criança. Como pode ser visto nas falas:

“Dê bastante mama até o sexto mês, viu (OPE11).”

“Só mama durante seis meses, viu. O bebê que só faz mamar, dificilmente fica doente (OPE1).”

“Ele tem que mamar pelo menos os seis primeiros meses de vida, depois você vai levando pra consulta com a pediatra e ela vai completar com outros alimentos (OPE4).”

A Organização Mundial de Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Ministério da Saúde preconizam que o aleitamento materno seja exclusivo até os seis meses de idade, ou seja, os bebês até os seis meses não precisam de chás, sucos, outros leites, nem mesmo de água e que, depois dessa idade, deverá ser dada alimentação complementar apropriada, mas a amamentação deve continuar até o segundo ano de vida da criança ou mais. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em torno de seis milhões de vidas de crianças estão sendo salvas a cada ano por causa do aumento das taxas de amamentação exclusiva (OMS, 2003; BRASIL, 2002).

Diante disso, orientar as puérperas sobre a importância de se manter a prática da amamentação de forma exclusiva nos seis primeiros meses de vida do lactente contribui para a garantia da qualidade de vida do mesmo. Destaca-se nas falas, a prevalência de profissionais de enfermagem que enfatizaram corretamente essas questões durante suas orientações, salientando de forma atenta, a importância de amamentar até os dois anos de vida da criança e de se introduzir outros alimentos no cardápio do lactente após os seis meses.

Benefícios do aleitamento materno para o bebê, a mãe e a família.

Dentre os temas abordados pelos profissionais de enfermagem durante as orientações às puérperas acerca dos benefícios do aleitamento materno, destaca-se: as vantagens da presença do colostro, as vantagens nutricionais para o recém-nascido, os benefícios para a saúde materna e as vantagens econômicas para a família. Como revelam as falas:

“O primeiro leite que sai da mãe, o colostro, é o leite mais forte que existe. É como se fosse uma vacina pro seu bebê (OPE1).”

“Outra vantagem: mamou, o útero contrai e diminui o sangramento, nas primeiras horas que a paciente sai da cirurgia cesariana ou até mesmo depois do parto normal, a tendência é ter sangramento, então o bebê já vai logo mamando nas primeiras horas de vida e isso ajuda a contrair o útero, diminui o sangramento e o útero volta ao tamanho normal (OPE8).”

“Você sabe a vantagem do aleitamento materno? Você não vai precisar gastar dinheiro com lata de leite, ele já sai todo prontinho, não tem perigo de infecção... (OPE6).”

O primeiro leite, chamado colostro, é um líquido transparente ou amarelo que surge nos primeiros dias após o nascimento do bebê, mantendo-se por 2 a 3 dias. O colostro contém vitaminas, proteínas, minerais, imunoglobulinas e substâncias antiinflamatórias que são de extrema importância para o desenvolvimento do sistema imune da criança e para a maturação do sistema gastrointestinal, contribuindo dessa forma para a prevenção de infecções e para o suprimento das necessidades nutricionais do bebê (LEVY; BÉRTOLO, 2008).

O fato de algumas mães acharem que o leite materno é pouco e fraco e de que a complementação da alimentação do recém-nascido com leite artificial é bem assimilada pelo mesmo, ainda são um dos motivos que influenciam o desmame precoce (PACE, 2011).

No que diz respeito às vantagens para a mãe, o aleitamento materno favorece a involução uterina, ajuda a reduzir o sangramento após o parto e minimiza os riscos de câncer de mama entre outros. Sobre tudo, permite à mãe sentir o prazer único de amamentar, favorecendo o estabelecimento de vínculo entre mãe e bebê. Em geral, quando a mulher amamenta, seu corpo retorna ao normal mais rapidamente (LEVY; BÉRTOLO, 2008).

Percebe-se, diante das falas, que os profissionais salientam algumas vantagens do aleitamento materno e destacam a importância do colostro para a saúde do lactente, o que é muito relevante, visto que, de acordo com o que eu pude observar, as nutrizes apresentavam pouco conhecimento sobre o mesmo e questionavam muitas vezes sobre o seu poder nutritivo.

Porém, observa-se que nenhuma profissional enfatizou a importância do contato, da segurança e do conforto durante o aleitamento materno para o estabelecimento de vínculo entre mãe e bebê, o que requer atenção, já que o vínculo entre o binômio é fundamental para a obtenção do sucesso no processo da amamentação.

Portanto, é de extrema importância que os profissionais de enfermagem mantenham em suas orientações, junto às puérperas, as vantagens que o aleitamento materno traz, de forma a evitar os prejuízos para a saúde do lactente e da mãe, os gastos financeiros dos familiares, o desmame precoce devido à introdução desnecessária de outros alimentos na alimentação da criança antes dos seis meses de idade e a carência de vínculo entre nutriz e lactente.

Manejo clínico da amamentação

Essa categoria trata sobre as orientações dos profissionais de enfermagem às puérperas acerca do manejo clínico da amamentação e do cuidado com as mamas, favorecendo a redução de intercorrências mamárias. Os aspectos enfatizados pelos profissionais foram: a técnica de amamentação, incluindo a posição e a pega do bebê, a massagem e a ordenha da mama materna. Como pode ser visto nas falas:

“Olha ali aquele pôster na parede. A posição correta vai ser aquela. Barriga com barriga, o bracinho do bebê livre, com teu braço apoiando a cabecinha dele (OPE11).”

“Ela tem que mamar pelo menos de três em três horas. Se ela estiver dormindo tem que acordar pra dar o peito (OPE3).”

“Tem que colocar a neném pra mamar, senão vira mastite, aí é que tu sofre mesmo. O leite “pedra”, a mama inflama, aí tem que drenar, por isso que a gente pede pra amamentar, uma mamada em um peito e outra mamada em outro peito, justamente pra evitar esse tipo de coisa (OPE10).”

A técnica de amamentação, incluindo a posição correta da mãe e do bebê e a pega correta do lactente, é muito importante para a eficiência do processo de amamentação e para evitar intercorrências mamárias. Para uma ótima pega, o lactente deve estar posicionado nos braços de sua mãe de modo que o seu abdome esteja voltado para o abdome materno, com a cabeça e membros alinhados; os lábios do bebê deverão estar abertos e o mamilo e a aréola devem estar posicionados corretamente à altura da boca do lactente. A posição incorreta da mãe e/ou do bebê na amamentação pode resultar no que se denomina de “má pega”. Além de prejudicar a retirada do leite, a má pega machuca os mamilos, causando muita dor (BRASIL, 2009).

Geralmente, quando o leite não é retirado em quantidade suficiente e as mamas ficam ingurgitadas, fica difícil para o bebê abocanhá-las para poder sugar, causando muita dor à mãe. Com isso, a frequência e o tempo das mamadas podem diminuir, interrompendo o fluxo de leite e, portanto, causando mastite (LEVY; BÉRTOLO, 2008).

A mastite é um processo inflamatório do tecido mamário que apresenta ou não infecção. Os sintomas encontrados na mastite são eritema, edema e dor. A mulher muitas vezes tem febre, normalmente elevada, e sente grande mal-estar (CARVALHO; TAVARES, 2010). Para o tratamento da mastite puerperal, o médico geralmente indica o uso de antibioticoterapia para conter as infecções, caso estas estejam presentes. Entretanto, é fundamental que a mãe repouse, faça o esvaziamento das mamas, se houver necessidade, e beba bastante líquidos (CORAZZA *et al.*, 2008).

Diante disso, torna-se compreensível a ênfase dada pelos profissionais de enfermagem acerca dessas questões, visto que a posição, a pega adequada, a realização da massagem, a ordenha da mama lactante e os cuidados para prevenir possíveis intercorrências mamárias exigem da mulher algumas habilidades técnicas que podem ser alcançadas através de uma assistência de qualidade ofertada pela equipe de enfermagem, por meio de orientações, intervenções e estratégias educativas, porém faz-se necessário que estas estratégias sejam feitas por todos os profissionais, de modo que traga benefícios tanto para a equipe de saúde, que poderá ter seu tempo e sua prática assistencial otimizada, quanto para a promoção da saúde das pacientes que estão internadas, que poderão esclarecer e compartilhar suas dúvidas, e dos bebês que poderão ser beneficiados com a prática adequada do AME.

Conclusão

Conclui-se que é de fundamental importância valorizar os aspectos biológicos e clínicos da amamentação, contemplando os aspectos sociais e emocionais das puérperas para o sucesso do aleitamento materno. Não basta ao profissional de enfermagem ter conhecimentos básicos e habilidades em aleitamento materno. Ele precisa ter também competência para se comunicar com eficiência, de forma que se possa discutir com as puérperas sobre como elas amamentam, o que elas pensam e como elas se sentem a respeito de si próprias. Com isso, torna-se necessário a utilização de estratégias de grupo que contribuam para a troca de saberes, para o compartilhamento de dúvidas e para a compreensão sobre o que está sendo informado.

Referência

- ALMEIDA I. S.; RIBEIRO I. B. et al. Amamentação para mães primíparas: Perspectivas e intencionalidades do enfermeiro ao orientar. **Cogitare Enferm.** v.15, n.1, p. 19-25, 2010.
- ANTUNES, L. S. et al. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n.1, p. 103-109, 2008.
- BAPTISTA, G. H. ; ANDRADE, A. H. H. K. G. ; GIOLO, S. R. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças de famílias de baixa renda da região sul da cidade de Curitiba, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, 2009.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LTDA, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Portaria n. 1016, de 26 de agosto de 1993. **Dispõe sobre as Normas Básicas de Alojamento Conjunto**. Brasília; 1993

_____.Ministério da Saúde. **Manual de Capacitação de Equipes de Unidades Básicas de Saúde na Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM)**, curso de 24 horas; 2003.

DOMINGUES, A.C.P.; CAPELETO, S. M. et al. Atuação do enfermeiro na pratica do aleitamento materno exclusivo nas unidades de saúde da família em Diamantino, Mato Grosso. **Revista Matogrossense de Enfermagem**, v.1, n.1, p.1-20, 2010.

ESSER, M. A.M. S; MAMEDE, F. V; MAMEDE, M. V. Perfil dos profissionais de enfermagem que atuam em maternidades em Londrina, PR. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v.14, n.1, p.133-41, 2012.

PASQUAL, K.; BRACCIALLI, L., VOLPONI, M.. Alojamento conjunto: espaço concreto de possibilidades e o papel da equipe multiprofissional. **Cogitare Enfermagem**, América do Norte, v.15, 2010.

PROMOÇÃO DA SAÚDE DO HOMEM NO MUNICÍPIO DE PARAZINHO/RN

Fernanda Aparecida Soares Malveira – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Email: fernanda_malveira@yahoo.com.br

Cláudia Michele Teixeira da Silva – Secretaria Municipal de Saúde de Parazinho

Jullyani Queirós dos Santos – Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Kaynara Tânia de Lima Galvão – Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Mayara da Costa Teixeira – Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Akemi Iwata Monteiro (Orientador) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Palavras-chave:Acesso aos Serviços de Saúde. Saúde do Homem. Atenção Primária à Saúde. Promoção da Saúde.

Resumo

O objetivo deste estudo é descrever as ações voltadas para a saúde do homem no município de Parazinho/RN a partir de um relato de experiências. Portanto, foram descritas duas estratégias implementadas de promoção da saúde: o horário noturno e a campanha do Novembro Azul. A abertura da unidade de saúde no horário noturno uma vez por semana ampliou o acesso dos homens à atenção primária, porém, por depender em grande parte do interesse profissional, já que não existe um incentivo para a equipe quanto a melhoria nas condições de trabalho, segurança e retorno financeiro, na primeira dificuldade, pode deixar de funcionar. Com relação ao Novembro Azul, houve uma boa participação da comunidade, mas ainda é uma ação pontual. Ampliar, fortalecer e aperfeiçoar as atividades já realizadas, são alguns dos desafios para os próximos anos. Além da implementação de novas estratégias para promover o cuidado integral. Assim, faz-se necessário o envolvimento de diferentes atores, todos com o mesmo objetivo de atuar de forma mais eficaz e qualificada na promoção da saúde do homem.

Introdução

Trazer os homens para os serviços básicos de saúde ainda constitui um desafio a ser alcançado no município de Parazinho/RN. Portanto, foi pensado algumas estratégias para despertar na população masculina o cuidado de si e do outro.

Os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer. Embora os estudos apontem para altas taxas de mortalidade masculina em todas as idades e para a quase totalidade das causas (LAURENTI, MELLO JORGE, GOTLIEB, 2005; WHITE, CASH, 2004).

A reduzida presença dos homens nas ações de promoção à saúde e prevenção de agravos tem contribuído para que a atenção especializada, seja na média ou alta complexidade, ainda funcione como principal porta de entrada da população masculina no Sistema Único de Saúde (SUS). Além de que essa não procura pelos serviços de atenção primária faz com que o indivíduo fique privado da proteção necessária à preservação de sua saúde e continue a fazer uso de procedimentos desnecessários se a procura pela atenção houvesse ocorrido em momento anterior, portanto, elevando os custos para o SUS (BRASIL, 2009).

A resistência masculina à atenção primária aumenta não somente a sobrecarga financeira da sociedade, mas também, e, sobretudo, o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, na luta pela conservação da saúde e da qualidade de vida dessas pessoas (BRASIL, 2009).

Outro fator relevante consiste no fato de que os serviços e as estratégias de comunicação, na maioria dos casos, privilegiam as ações de saúde para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso, mantendo a saúde do homem na invisibilidade (COUTO et al, 2010).

Diante de todo esse contexto, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem foi criada em 2009 com o objetivo de qualificar a atenção à saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção (BRASIL, 2009). Desse modo, busca o fortalecimento e qualificação da atenção primária, para que a atenção à saúde não se restrinja à recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção a agravos evitáveis.

A mobilização da população masculina brasileira para a luta pela garantia de seu direito social à saúde é um dos desafios dessa política, que pretende politizar e sensibilizar homens para o reconhecimento e a enunciação de suas condições sociais e de saúde, para que advenham sujeitos protagonistas de suas demandas, consolidando seu exercício e gozo dos direitos de cidadania.

Portanto, para atuar na perspectiva de mudança de modelo de atenção com ênfase na vigilância à saúde, o município implantou o horário noturno uma vez por semana na unidade básica de saúde e realiza todos os anos o Novembro Azul. Dessa forma, o objetivo deste estudo é descrever as ações voltadas para a saúde do homem em Parazinho/RN a partir do relato de experiência.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência das ações voltadas para a população masculina em Parazinho/RN no período de junho de 2013 a junho de 2014. Portanto, serão relatadas sequencialmente duas estratégias implementadas para a promoção da saúde do homem, que foram: o horário noturno e a campanha do Novembro Azul. Cada relato de eventos foi analisado conforme a literatura levantada.

Parazinho é um município de pequeno porte localizado no estado do Rio Grande do Norte (RN), está situado na mesorregião do Agreste Potiguar e na microrregião da Baixa Verde, limitando-se com os municípios de Caiçara do Norte, São Bento do Norte, Pedra Grande, São Miguel de Touros, Touros, João Câmara e Jandaíra. Abrange uma área de 275 km² e encontra-se a uma distância média de 113 km da capital, sendo seu acesso, a partir de Natal, efetuado através das rodovias pavimentadas BR-406 e RN-120.

Segundo o censo 2010, a população total residente é de 4.845 habitantes, dos quais há uma maior prevalência de pessoas na faixa etária de 10 a 14 anos, seguido da população adulta de 30 a 39 anos. Observa-se um maior número de pessoas vivendo na zona urbana, 3.136 (64,73%), em relação a população rural, 1.709 (35,27%). Quanto ao sexo, encontram-se distribuídos de forma homogênea, a população feminina corresponde a 49,77% (n=2.411), enquanto que a população masculina 50,23% (n=2.434) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Na área da saúde, o município dispõe de duas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), cada equipe composta por 01 médico, 01 enfermeiro, 01 técnico de enfermagem, 01 dentista, 01 Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e 06 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que dão suporte a população da área urbana e rural, totalizando 100% de cobertura das famílias. Uma equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) formada por 01 assistente social, 01 educador físico e 01 psicólogo, um Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III) e uma Unidade Integrada de Saúde para as urgências e emergências.

Resultados e Discussão

Horário Noturno para o homem

Para ampliar o acesso dos homens à unidade de saúde da família, foi criado o horário noturno uma vez na semana, ou seja, toda terça-feira era ofertado aos usuários mais um turno de atendimento das 18h às 21h para as consultas médicas e de enfermagem. Antes de iniciar os atendimentos individuais, na sala de espera, era realizado uma roda de conversa para discussão sobre diversas temáticas, dentre elas: câncer de próstata, saúde sexual e reprodutiva, álcool e drogas, etc.

A média de homens atendidos por semana era em torno de cinco usuários, chegando ao máximo de 10 atendimentos e no mínimo 1. Porém, para as rodas de conversas, havia uma participação maior, pois alguns homens compareciam às reuniões grupais, sem necessariamente precisarem das consultas. Na realidade, as consultas funcionavam como atrativo para os homens para que eles pudessem participar das atividades de educação em saúde.

A abertura das unidades básicas em horário noturno pode facilitar o uso por parte de trabalhadores, particularmente homens que tradicionalmente não procuram serviços de saúde da rede básica devido à incompatibilidade entre o horário de funcionamento e o seu trabalho (CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010).

Em pesquisa que comparou o número de homens atendidos em diferentes unidades básicas de saúde, mostrou que a unidade que funcionava em horário noturno, apresentou maior número de atendimentos quando comparada à unidade que funcionava em horário convencional. Na opinião da maioria dos usuários e dos profissionais, o horário estendido facilita o acesso da população masculina aos serviços de saúde, já que não coincide com o trabalho diurno do trabalhador. Os achados dos dois estudos são complementares e reforçam e corroboram achados anteriores que mostram a importância de um horário noturno para facilitar o acesso da população masculina às unidades básicas de saúde (MARTINS, 2013).

Contudo, na prática, percebe-se que o funcionamento adequado do terceiro turno depende em grande parte do interesse profissional, pois além do desgaste diário com o trabalho, não havia um incentivo financeiro para isso. Como também, apesar de ter aumentado a procura pelo serviço básico de saúde, observa-se que os homens ainda demonstram certa resistência em participar de trabalhos como esse por muitas vezes não querer reconhecer a sua vulnerabilidade e por pouco valorizar atividades de educação em saúde.

Dessa forma, cabe aos gestores, profissionais e usuários intensificar o trabalho de divulgação e de fortalecimento de vínculo entre usuários e serviços para que o homem reconheça suas necessidades de saúde e seja capaz de atuar como protagonista na promoção da saúde.

Campanha sobre a Saúde do Homem

O mês de Novembro foi escolhido mundialmente para intensificar os trabalhos voltados para a saúde do homem. Em Parazinho, o Novembro Azul foi marcado pela realização de diversas atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos entre a população masculina.

Esse movimento Novembro Azul foi criado o objetivo de orientar a população masculina sobre a importância do exame de toque retal e PSA para diagnóstico precoce do câncer de próstata.

O câncer de próstata é mais incidente que o câncer de mama, de acordo com o Instituto Nacional do Câncer (Inca), que em sua estimativa 2012/2013 apontou 60.180 novos casos de câncer de próstata e 52.680 de mama. Pesquisa realizada pelo Datafolha para a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), em 2009, constatou que o preconceito com o exame de toque retal ainda é forte no Brasil. Apenas 32% dos homens brasileiros declararam já ter feito o exame.

De acordo com o presidente da SBU, Aguinaldo Nardi, cerca de 30% dos pacientes do SUS são diagnosticados com câncer de próstata já avançado. Se forem descobertos no início, 90% dos casos são curáveis. “Um a cada seis homens terá câncer de próstata e 1 a cada 36 morrerá da doença”, afirma Nardi.

Dessa forma, o município promoveu uma exposição dialogada nas unidades básicas de saúde sobre a temática e realizou mais de 200 exames de PSA. Destes, 11 deram alterados, sendo rapidamente encaminhados para avaliação com o urologista na atenção especializada.

Outro tema discutido, também tão importante quanto o câncer de próstata junto a população masculina, sobre os acidentes de trânsito. Uma vez que as causas externas tem sido uma das principais causas de mortes entre os adultos-jovens no Brasil e no mundo. A mortalidade masculina por causas externas corresponde a um índice superior a população feminina. No caso dos acidentes por transportes terrestres, e cada 100 mortes, 82 são de homens (BRASIL, 2009).

Assim, afim de atingir um público maior de pessoas, foi realizado um evento na praça pública à noite, onde houve a apresentação de vídeos ilustrativos, apresentações musicais e teatrais, distribuição de panfletos e brindes para os participantes e uma explanação rápida e lúdica sobre como evitar os acidentes no trânsito.

Como esperado, o evento obteve boa participação dos homens e por ter sido aberto para toda população, crianças, adolescentes, jovens e mulheres também foram contemplados a ação. Ao total, estavam presentes 250 pessoas.

Portanto, a campanha do Novembro Azul foi realizada com sucesso e buscou minimizar as lacunas existentes na assistência e à promoção da saúde masculina. Assim, atuar na perspectiva de proteção à saúde e à vida da população masculina, além de ainda ser algo desafiador, requer uma abordagem multissetorial, multi e interdisciplinar.

Conclusão

A partir do que foi apresentado, percebe-se que o município de Parazinho/RN está preocupado com a saúde do homem e busca trabalhar na perspectiva da promoção da saúde e prevenção de agravos com intuito de oferecer as condições necessárias para mudanças de atitudes e comportamentos masculinos no que se refere ao cuidado à saúde e facilitar o acesso dos homens às unidades de atenção básica.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde³⁶⁰

A abertura da unidade de saúde no horário noturno uma vez por semana ampliou o acesso dos homens à atenção primária, porém, por depender em grande parte do interesse profissional, já que não existe um incentivo para a equipe por parte da gestão, na primeira dificuldade, pode deixar de funcionar. Sendo assim, recomenda-se que haja uma forma de apoio para esses profissionais por meio de melhores condições de trabalho, segurança e retorno financeiro.

Com relação ao Novembro Azul, houve uma boa participação da comunidade, mas, por se tratar de uma campanha que ocorre uma vez ao ano, ainda é considerada uma ação pontual. Dessa forma, é preciso investir em estratégias contínuas e que a educação em saúde voltada para o homem faça parte da rotina dos profissionais, afim de tornar os homens sujeitos protagonistas no seu autocuidado.

Ampliar, fortalecer e aperfeiçoar as atividades já realizadas, como o horário noturno e o Novembro Azul são alguns dos desafios para os próximos anos. Além da implementação de novas estratégias para promover o cuidado integral. Assim, faz-se necessário o

envolvimento de diferentes atores, todos com o mesmo objetivo de atuar de forma mais eficaz e qualificada na promoção da saúde do homem.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

COUTO, M. T. et al. Men in primary healthcare: discussing (in)visibility based on gender perspectives. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.14, n.33, p.257-70, abr./jun. 2010.

CUNHA, A. B. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cadernos de Saúde Pública**, v.26, n.4, p.725-37, abr. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**: Resultados da Amostra - Características da População. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/O3B6>>. Acesso em: 18 ago. 2014.

LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M.H.; GOTLIEB, S. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.10, n.1, p.35-46, 2005.

MARTINS, C. E. M. **O acesso da população masculina a Unidades Básicas de Saúde com e sem horário estendido de atendimento**: um estudo quali-quantitativo no Distrito Federal. 2013. 75 f., il. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)—Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

WHITE, A.; CASH, K. The state of men's health in Western Europe. **J. Men's Health Gend.**,v.1, n.1, p. 60-6, 2004.

Agradecimentos

As autoras agradecem a todos os que contribuíram na operacionalização deste trabalho, de forma particular aos profissionais de saúde do município de Parazinho/RN.

PROMOÇÃO DA SAÚDE DO IDOSO COM HIV/AIDS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Janaina Silva Rodrigues Albuquerque - Centro Universitário Estácio do Ceará- janainahsilva08@hotmail.com

Gilmara de Lucena Beserra - Centro Universitário Estácio do Ceará

Germannia Maria Lima Mendes - Centro Universitário Estácio do Ceará

Natália Maria Chagas Evangelista - Escola de Saúde Pública do Ceará

Bárbara Albuquerque Loureiro Ponte - Centro Universitário Estácio do Ceará

Natasha Marques Frota - Centro Universitário Estácio do Ceará

Palavras-chave: Promoção da saúde. Sexualidade. Saúde do Idoso.

Resumo

A incidência da população com HIV/AIDS no Brasil com idade acima de 60 anos vem crescendo, considerando um problema de saúde pública. O HIV/AIDS consiste em uma Doença Sexualmente Transmissíveis (DST's), sendo os idosos a população mais acometida, devido a expectativa de vida que vem aumentando, além de sentimentos como prazer, desejos e a vida sexual ativa. O objetivo deste estudo é analisar a produção científica sobre a promoção da saúde ao paciente idoso portador de HIV/AIDS. As buscas ocorreram nas bases de dados LILACS e SciELO, nos quais foram analisados artigos com a temática HIV em idosos no período de 2010 a 2014 dentre os artigos analisados foram aproveitados os que estavam de acordo com os critérios de inclusão. O aumento da vulnerabilidade de idosos com HIV/Aids tem como fatores relacionados o sexo na velhice, a sexualidade na terceira idade está associada pelo acesso a medicamentos, com participação dos idosos em grupos de convivência. Houve uma adesão por parte de alguns idosos do sexo masculino no uso do preservativo. É importante que os profissionais de saúde estejam bem atentos com os idosos a qualquer problema que venha acontecer, como eles são vulneráveis ao risco de infecção pelo vírus do HIV nessa faixa etária por conta do seu sistema imunológico está diminuído, e para que sejam realizadas todas as formas de prevenção, e principalmente uso do preservativo, dando a assistência necessária, tendo como atenção integral saúde do idoso em geral.

Introdução

A população está envelhecendo e com isso o índice de pessoas idosas vem aumentando cada vez mais por conta da expectativa de vida, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a terceira idade em países em desenvolvimento é constituída por indivíduos a partir dos 60 anos, e em países desenvolvidos, a partir de 65 anos, o envelhecimento deve ser um processo de tranquilidade e sabedoria. Na terceira idade o estresse acaba acometendo pessoas nessa faixa etária, começam a surgir também problemas de saúde, o sistema imunológico dos idosos, por exemplo, se torna mais frágil e com isso os problemas de saúde se tornam mais comuns, dificultando o diagnóstico de algumas infecções causadas por vírus que pode vir acometer a esses idosos, no caso das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's) (OMS, 2014).

Existem vários tipos de DST's e entre elas podemos destacar uma que é muito comum entre os idosos que é o HIV/AIDS que por sua vez se destaca entre as maiores faixas etárias entre 25 e 49 anos (MACHIESQUI et al., 2010), onde o índice de infecção pelo vírus em pessoas com mais de 60 anos são limitadas. É por isso que algumas doenças se tornam mais comuns devido ao envelhecimento o que torna o idoso mais vulnerável (SANTOS; ASSIS, 2011) onde podemos destacar como alguns dos principais sintomas do HIV/AIDS como: cansaço, emagrecimento, febre, falta de apetite, fraqueza, diarreia sem causa aparente, podem ser confundido com outras infecções e que são trata das quando o paciente é internado para se tratar de alguma infecção que venha a surgir no decorrer da sua vida, com a sexualidade os idosos vem se tornando mais vulneráveis as doenças sexualmente transmissíveis (DST's) pensar que a terceira idade não tem vida sexual ativa é preconceito, (MASCHIO et al, 2011).

No Brasil houve um aumento no número de idosos infectados pelo HIV, uma vez que os estudos apontam que o uso de algumas drogas possam melhorar o desempenho sexual, nos homens o uso de medicamentos e de cirurgia como a colocação de uma prótese peniana e reposição hormonal em mulheres (CRUZ; RAMOS, 2012), o que ajuda a estimular a prática sexual, com isso os idosos se tornam mais ativos sexualmente promovendo assim uma qualidade de vida (DEBERGT; BRIGEIRO, 2012).

No entanto se a prática destas atividades for desenvolvida de forma indevida, sem o uso de preservativos, ou medicações por contra própria, não haverá qualidade de vida nestes idosos. Assim sendo, torna-se um problema de saúde pública a questão sexual destes idosos, o que torna viável a construção de estratégias voltadas para a promoção da saúde pelos profissionais da saúde de forma a trabalhar de forma interdisciplinar.

Diante, deste contexto, torna-se relevante à busca de tais estratégias na literatura, de forma a colocar-me prática junto à clientela idosa. Assim, o presente estudo teve como objetivo analisar a produção científica sobre a promoção da saúde ao paciente idoso portador de HIV/AIDS.

Metodologia

Utilizou-se a revisão integrativa da literatura científica nacional, sendo este método de investigação fundamentado como objetivo manter os padrões de clareza, rigor e replicação dos estudos primários. Assim, para a realização da revisão, além da formulação de questões norteadoras e hipóteses, é necessário estabelecer critérios claros de inclusão e exclusão para composição da amostra, definição de características dos estudos primários pesquisados, análise dos dados estudados, interpretação dos resultados obtidos e, finalizando com a apresentação da revisão.

Para guiar a revisão integrativa, formulou-se a seguinte questão: Quais estratégias estão sendo utilizadas com vista à promoção da saúde nos idosos em relação ao HIV/AIDS?

Na coleta dos dados descrevem-se os critérios de inclusão e de exclusão. Sendo os de inclusão os artigos pesquisados na íntegra, disponíveis em inglês, português e espanhol, coletados de 2010 a 2014. Os critérios de exclusão: foram as publicações que não estivessem em formato de artigo científico, como resenhas, dissertações, teses, livros e editoriais, ou que não estavam disponíveis na íntegra para acesso online.

As buscas foram selecionadas entre junho e julho de 2014. Depois de estabelecida a questão norteadora, duas bases de dados foram utilizadas como fonte de levantamento de dados do estudo: Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Biblioteca Virtual em Saúde e SciELO - Scientific Electronic Library Online. Os descritores utilizados foram: Promoção da saúde, sexualidade e saúde do idoso.

Dentro deste contexto foram encontrados 50 artigos e após uma leitura criteriosa e conforme os critérios de inclusão e exclusão dos artigos ficaram apenas 17 artigos.

Resultados e Discussão

Foram identificados 50 artigos, dos quais 17 foram selecionados obedecendo aos critérios de inclusão. Destes, 07 no *Lilacs*, 10 *Scielo*. Os achados dos estudos demonstraram que quanto à categoria dos estudos, 12 eram pesquisas originais, dois era reflexão teórica e três eram relatos de experiência.

Os artigos mostraram também que a maioria das estratégias de educação em saúde utilizada foi: sala de espera em unidades de saúde, grupo de idosos hipertensos e diabéticos e inserção da prática sexual desses grupos. Uma lacuna presente foi a ausência de campanhas voltadas para esta temática. Estas práticas ficaram divididas tanto em idosos que habitam em domicílios como em idosos que residem em Instituições de Longa Permanência (ILP).

O Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS do Ministério da Saúde realizou em 2013 um estudo sobre o comportamento da população de 60 anos ou mais sexualmente ativo, e a maioria dessas pessoas tem uma vida sexual ativa, isso acontece com heterossexuais onde o comportamento de risco é muito grande, nos quais fazem sexo desprotegido e com múltiplos parceiros.

Outro achado foi em 2012 pelo Ministério da Saúde, o qual indicou que somente 37,5% dos indivíduos sexualmente ativos com mais de 50 anos faziam ou fazem sexo com o uso regular do preservativo com eventuais parceiros, sendo um dos objetivos para a prevenção da AIDS e outras DST's o aumento desta adesão. Pois as maiorias dos idosos fazem sexo sem o uso do preservativo, a maioria dos homens na faixa etária de 60 anos não utiliza o preservativo como forma de proteção e prevenção por não terem usados quando mais jovens, o que se torna uma forma de infidelidade entre o casal, sendo assim tornando a exposição de suas esposas ao risco de infecção e contaminação pelo vírus do HIV/AIDS.

Ressalta-se que existem determinadas condições de vida não controladas pelas pessoas, como uma escolarização precária, má distribuição da riqueza, condições de moradia desfavoráveis, condições sanitárias precárias que, muitas vezes, não permitem dificultam certas escolhas. A este conjunto de condições acrescentam-se ainda os aspectos da violência, o abandono e as profundas desigualdades sociais, o que reflete diretamente no processo saúde-doença.

Conclusão

As publicações encontradas contribuíram de uma forma positiva, sendo possível observar o que realmente está acontecendo com os nossos idosos, por isso devemos ter o cuidado, carinho e atenção para que eles possam ter um envelhecimento saudável, com uma qualidade de vida e uma sexualidade ativa sem complicações.

No Brasil a incidência do HIV/AIDS na população idosa tem crescido assustadoramente, sendo o mais agravante a falta de campanhas com vistas à prevenção do HIV/AIDS e outras DST's não estão sendo realidade de forma eficaz a essa população, portanto os profissionais da saúde devem estar atentos a qualquer mudança que venha acontecer com a saúde do idoso.

Outro mecanismo utilizado como estratégia de promoção da saúde do idoso são atividades de educação em saúde, com vistas a conscientizar a sexualidade como ferramenta de promotora de saúde.

Referência

COSTA, A.P.C; COSTA, C.P.J; ALBUQUERQUE, S.C. O conhecimento de HIV/AIDS entre os idosos da Unidade de Saúde da Família João Pacheco Freire Filho, Arcoverde – Pernambuco. **Saúde Coletiva em Debate**. v. 2, n. 1, p 9-19. 2012.

CRUZ;G.E.C.P;RAMOS;L.R.Idosos portadores de HIV e vivendo com AIDS no contexto da capacidade funcional. *Acta Paul Enferm. Acta paul. enferm.* v.25 n.6. p 981-983, 2012.

DEBERT, G.; BRIGEIRO, M. Fronteiras de gênero e a sexualidade na velhice. **Revista Brasileira de Ciências Sociais.**, v.27 nº 80. p37-54, 2012.

MACHIESQUI; S.R;PADOIN;S.M.M;PAULA;C.C;LANGENDORF;T.F. Pessoas acima de 50 anos com Aids: Implicações para o dia-a-dia. **Escola Anna Nery**.v.14, n.4., out./dez. 2010.

MASCHIO; M.BM;BALBINO;A.P;DE SOUZA;P.F.R;KALINKE;L.P.Sexualidade na terceira idade: medidas de prevenção para doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v.32, n.3. 2011.

SANTOS; A.F.M; ASSIS; M. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v.14, n.1, 2011.

SALES, J.C.S.; TEIXEIRA, G.B.S.F; SOUSA, H.O.; REBELO, R. A percepção do idoso de um centro de convivência de Teresina-PI sobre AIDS. **REME Enferm.**, v. 2 , n.1, p. 9-19, 2013 .

Agradecimentos

Primeiramente a Deus por ter me dado o dom da vida e sabedoria, minha mestre e orientadora professora Natasha Frota pelo o conhecimento, dedicação e paciência, minha família, meu esposo pela compreensão e minha amiga Gilmara Lucena por acreditar em mim e está sempre do meu lado me dando força e me apoiando meus sonhos e objetivos.

PROMOÇÃO DA SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO: ÊNFASE NO DESENVOLVIMENTO NEUROCOMPORTAMENTAL

Kamila Ferreira Lima (apresentador) – Universidade de Fortaleza - Email: limakamila@yahoo.com.br

Alessandra Leão Brasileiro – Universidade de Fortaleza

Rafaella Lemos Alves – Universidade de Fortaleza

Alessandra Rocha de Souza Cavalcante – Universidade de Fortaleza

Myckaelly Rodrigues Dieb – Universidade de Fortaleza

Karla Maria Carneiro Rolim (Orientador) – Universidade de Fortaleza

Palavras-chave: Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Recém-Nascido; Promoção da Saúde; Enfermagem.

Resumo

No passado, acreditava-se que os recém-nascidos (RN) eram incapazes de perceber o meio ambiente e de participar de interações significativas. Os RN não apenas podem ver, escutar, cheirar e provar, como também podem diferenciar e demonstrar preferências por certos estímulos. Assim, objetivou-se investigar o conhecimento do profissional que atua sobre o desenvolvimento neurocomportamental do RNPT e compreender os impactos ambientais da UTIN na promoção da saúde do RNPT durante a prática do cuidado de Enfermagem. Estudo de caráter descritivo, exploratório e de natureza qualitativa. Desenvolvido em uma UTIN da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC), pertencente à Universidade Federal do Ceará (UFC), na cidade de Fortaleza-CE, Brasil. Participaram sete enfermeiras atuantes na UTIN, nos períodos da manhã e da tarde. A partir dos relatos foi possível a apreensão de duas categorias de análise: Percepção do profissional de enfermagem acerca do cuidado no desenvolvimento neurocomportamental do RNPT; O cuidado de enfermagem e a ecologia ambiental da UTIN como estratégia humanizadora para o desenvolvimento neurocomportamental do RNPT.

Introdução

No passado, acreditava-se que os recém-nascidos (RN) eram incapazes de perceber o meio ambiente e de participar de interações significativas. Existia também, a crença que não eram capazes de ver, ouvir ou sequer experimentar dor. Sabe-se hoje que tais crenças não são verdadeiras. Os RN não apenas podem ver, escutar, cheirar e provar, como também podem diferenciar e demonstrar preferências por certos estímulos. Respondem ao toque e são capazes de se protegerem do meio ambiente, por exemplo, se afastando do estímulo doloroso (ROLIM, 2003).

Avanços na neonatologia resultaram em uma diminuição na mortalidade infantil, especialmente entre os bebês de risco. As Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) agora cuidam de um número crescente desses bebês prematuros e algumas vezes doentes. Por ser um setor hospitalar, com locação de recursos humanos e tecnológicos, a UTIN é uma unidade de tratamento especializado, sendo vista como um ambiente desgastante, estressante e tenso, onde, muitas vezes, há dificuldade de prestar uma assistência humanizada ao bebê e sua família. Nesse serviço, verifica-se uma complexidade relacionada às situações críticas dos RN ali internados que necessitam de assistência dirigida não apenas para seu estado fisiopatológico, mas também para as questões psicossociais, familiares e ambientais (ROLIM, 2006).

A prevalência de nascimentos prematuros em países desenvolvidos como os Estados Unidos ainda é de 11%, enquanto na França corresponde a 6%. Já nos países em desenvolvimento, como o Brasil é de aproximadamente 7% (BRASIL, 2012). Conforme o Centro de Processamento de Dados da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC/UFC), o número de nascimentos em 2012 foi de 3.634 nascido-vivos e, destes, 753 RN (20,4%) apresentaram baixo peso, ou seja, peso inferior a 2.500g (MEAC, 2012). A Enfermagem está buscando a compreensão do que diz o bebê por intermédio de gestos, posturas, mudanças nos parâmetros clínicos (ROLIM et al, 2009). Seguindo o pensamento das pesquisadoras o presente estudo se justifica à medida que se propõe conhecer a rotina de uma UTIN frente aos cuidados realizados pela equipe de Enfermagem ao RNPT e as suas respostas fisiológicas e comportamentais.

Ao final deste trabalho buscaremos demonstrar medidas que poderão ser adotadas pela equipe de Enfermagem com a finalidade de minimizar os efeitos nocivos causados ao desenvolvimento neuropsicomotor do RNPT ao longo de sua internação. Nesse contexto surgiram as seguintes indagações: *Quais os fatores que contribuem negativamente para o desenvolvimento neurocomportamental dos RNPT internados em UTIN? Que medidas podem ser adotadas pela equipe de Enfermagem para minimizar os efeitos nocivos causados ao desenvolvimento neuropsicomotor do RNPT durante sua internação na UTIN?* Nossa afinidade com a temática deve-se à pesquisas desenvolvidas por meio da bolsa de iniciação científica do Programa de Iniciação Científica (CNPq) e Programa Voluntário de Iniciação Científica (PAVIC) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) quando observamos a necessidade da presença de uma enfermeira especialista, que estivesse presente na UTIN, prestando os cuidados ao RNPT para prevenção de agravos futuros para os mesmos. Com o intuito de que eles tenham uma melhor adaptação e consequentemente, menor tempo de permanência nas UTIN.

Desse modo o estudo foi conduzido pelos objetivos: investigar o conhecimento do profissional que atua sobre o desenvolvimento neurocomportamental do RNPT e compreender os impactos ambientais da UTIN na promoção da saúde do RNPT durante a prática do cuidado de Enfermagem.

Metodologia

A pesquisa é de caráter descritivo, com abordagem qualitativa, que tem foco no desenvolvimento neurocomportamental do RNPT internado em UTIN. O local escolhido para execução desse estudo foi a UTIN da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC),

pertencente à Universidade Federal do Ceará (UFC), na cidade de Fortaleza-CE, Brasil. A escolha da instituição a ser pesquisada ocorreu por esta ser considerada de nível terciário, constituindo referência para atendimentos obstétrico e neonatal de alta complexidade, promove a formação de recursos humanos em ações de aprendizado, pesquisa, ensino e extensão, buscando a excelência no atendimento humanizado à saúde da mulher e do RN. A UTIN dispõe de 51 leitos distribuídos em quatro unidades, duas de alto risco, uma de médio e outra de baixo risco. Atua na UTIN uma equipe multiprofissional que atua no cuidado aos bebês considerados de risco, realizando procedimentos como higienização, aferição de temperatura corporal, peso, administração de medicação, alimentação, venopunção, aspiração orotraqueal e das vias aéreas superiores, entre outros.

Os sujeitos da pesquisa foram enfermeiras atuantes na UTIN, nos períodos da manhã e da tarde. Justificamos esta escolha por serem estes membros de escala fixa, possuindo maior tempo de permanência contínua e familiarização com o ambiente.

Os dados foram coletados nos meses de janeiro/março de 2013 através de uma entrevista com as participantes do estudo, com o auxílio de um gravador de voz, utilizando uma questão norteadora: *“Qual o seu conhecimento sobre o desenvolvimento neurocomportamental do RNPT na UTIN?”*, assim, identificamos o conhecimento das mesmas acerca do tema e a contribuição de uma assistência que favoreça o pleno desenvolvimento do bebê. Os dados coletados foram organizados e apresentados em dois momentos: no primeiro momento, apresentamos a caracterização dos sujeitos participantes do estudo. No segundo momento apresentamos e analisamos as falas das participantes extraídas das entrevistas que foram transcritas na íntegra pelas próprias pesquisadoras, sendo posteriormente submetidas à leitura exaustiva, porém necessária (MINAYO, 2010). Para organização dos dados, o processo deu-se após decodificação e categorização e a análise foi realizada à luz de literatura pertinente (BARDIN, 2010). O estudo foi aprovado pelo comitê de ética da referida Instituição, sob protocolo nº 159/12, respeitando os aspectos éticos e legais da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Para garantir o anonimato das entrevistadas estas foram identificadas no texto mediante nome fictício com a denominação de Entrevistado abreviado em (E) (E1....E7).

Resultados e Discussão

Caracterização das participantes do estudo

Foram entrevistadas sete enfermeiras, com a faixa etária compreendida entre 23 a 41 anos. Todas as entrevistadas são do sexo feminino, tem idade entre 23 e 41 anos, uma é casada e quatro solteiras. Com seis meses a vinte e seis anos de experiência em Neonatologia. Das enfermeiras participantes do estudo, somente uma possui doutorado, uma é mestre, e duas possuem pós-graduação *lato-sensu*. A partir da análise dos dados, foi possível a apreensão das categorias:

Percepção do profissional de enfermagem acerca do cuidado no desenvolvimento neurocomportamental do RNPT

Para Rolim et al (2009), a UTIN predispõe o bebê a desenvolver complicações clínicas, como bradicardia, apnéia, deficiência nutricionais, entre outras. Nessas circunstâncias, as possibilidades de surgimento de consequências no desenvolvimento neurocomportamental do RNPT, durante o cuidado em UTIN, provêm da própria condição fisiopatológica ou são provocadas pelo uso da terapêutica, da ambiência, do manuseio excessivo e outros fatores que podem interferir no bem-estar do bebê (MAGALHÃES et al, 2011). No entanto, para minimizar os efeitos negativos provocados no RN, é necessário ter uma equipe especializada, qualificada, com foco no bem-estar do bebê, a melhora clínica e a redução de danos. Ressaltam pesquisadoras que o cuidado a ser implantado na UTIN necessita ser exercido e vivenciado em sua totalidade (ROLIM et al, 2009). Quando indagadas sobre seu conhecimento acerca do desenvolvimento neurocomportamental do RNPT algumas enfermeiras responderam:

“Reconheço a importância do desenvolvimento neurocomportamental e a relevância para crescimento e desenvolvimento da criança. Importante o desenvolvimento dos reflexos, respostas dos RN aos tratamentos, reações a procedimentos. Memórias a procedimentos dolorosos. Manuseio adequado. Uso de medicações em excesso que afetam o cérebro, atividade muscular. Procedimentos que impeçam o RN de manifestar e desenvolver-se adequadamente, dentre outros manuseios carinhosos e com cautela é fundamental. Ambiente silencioso (sem barulho) e estimulação (iluminação em excesso)” (E1).

“Os RNPT podem ter um desenvolvimento neurocomportamental mais lento devido a imaturidade dos seus sistemas orgânicos, por isso é importante que a assistência prestada a esses bebês seja prolongada após sua alta, no follow up” (E2).

“Antigamente acreditava-se que um bebê prematuro não era bem desenvolvido. Mas hoje a gente sabe que isso é completamente errado e que o RNPT possui o sistema nervoso superdesenvolvido, né?! Capaz de sentir dor e reagir a todos os estímulos que ele recebe do meio ambiente” (E3).

Como podemos observar em suas falas as enfermeiras possuem conhecimento sobre o tema e, relatam suas experiências cotidianas. Consoante estudiosos, no passado, neonatos eram considerados incapazes de perceber seu meio ambiente e de participar de interações significativas. No entanto os órgãos dos sentidos são pontos importantes para o cuidado ao RN. Esse é capaz de reconhecer o rosto de sua mãe 4 horas depois do nascimento, o paladar é altamente desenvolvido e têm preferência por vozes mais agudas (SEKI; BALIEIRO, 2009).

Hoje sabemos que a capacidade de aprendizagem do ser humano inicia-se no útero, acelera após o nascimento e perdura ao longo da vida. Contudo, nos períodos pré-natais e pós-natal precoce existe um rápido desenvolvimento do cérebro (CHRISTOFFEL, 2009).

De acordo com LIMA et al (2010), o nascimento do prematuro rompe a progressão do desenvolvimento das estruturas cerebrais e afeta o desenvolvimento dos sistemas sensoriais, geralmente estes bebês chegam a UTI e lidam com a dor e estresse e seu cérebro não desenvolve inteiramente e não tem habilidade para interagir com a dor e o estresse causando prejuízos em seu desenvolvimento.

O cuidado de enfermagem e a ecologia ambiental da UTIN como estratégia humanizadora para o desenvolvimento neurocomportamental do RNPT.

Sobre o cuidado de enfermagem e a ecologia neonatal como estratégia humanizadora para o desenvolvimento neurocomportamental as enfermeiras responderam:

“Manuseio delicado e humanizado, uso de sucção não nutritiva quando puncionar algum acesso venoso, ambiente climatizado (pouca luz e barulho) quando possível. Equipamentos adequados e procurar sempre não machucar o RN.” (E1).

“Então a gente procura evitar esses estímulos excessivos né?! Para evitar um prejuízo neurocomportamental no bebê prematuro. E eu acho que faz parte da nossa rotina que na UTIN, ter esses cuidados. Com certeza me preocupo, a gente tá sempre lembrando, sempre atenta. Evitar bater na incubadora que produz um barulho muito alto pro RN, diminuir a luminosidade excessiva do ambiente, de acordo com as possibilidades, né?!” (E3)

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde ³⁶⁵

“Bom, quando nós vamos puncionar acesso venoso, por exemplo, utilizamos técnicas de enrolamento do RNPT, para que ela fique mais contida e um maior conforto. Você pode utilizar a glicose a 25% para reduzir também estímulos desse bebê, consequentemente, reduzir a luz dessa unidade, as conversas muito altas [...]” (E5).

A atenção ao RNPT deve ser estruturada e organizada no sentido de atender a uma população sujeita a riscos. Para tanto, devem existir recursos materiais e humanos especializados e capazes de garantir uma observação rigorosa, além de tratamentos adequados ao bebê, que apresenta patologia capaz de ocasionar sua morte ou sequelas que interferirão no seu desenvolvimento. A assistência não deve ser direcionada somente para condutas técnicas operacionais, mas para uma tecnologia associada ao acolhimento (ROLIM, 2003). Diante de condições negativas ao RNPT internado, é necessária uma abordagem carinhosa, avaliando e adequando os procedimentos de cuidados, realizados de forma individualizada, centrados no RN, visando à minimização dos efeitos nocivos causados pela ecologia na qual se encontram. Isto é bem evidenciado pelas enfermeiras entrevistadas quando elas afirmam:

“Manuseio delicado e humanizado, uso de glicose como sucção não nutritiva [...]” (E1).

“Posicionamento adequado, manter o RN em um ambiente termoneutro, observar os SSVV e a saturação” (E2).

“A gente agrupa os nossos cuidados de maneira a evitar estímulos excessivos [...] procura proteger a incubadora da luminosidade com pano escuro” (E3).

O cuidado humano e a ética envolvem alguns ingredientes especiais da enfermeira entre os quais o conhecimento, a humildade, a paciência, a honestidade, a esperança, que juntos, favorecem uma parceria com o paciente, um sentimento de estar com, pois denota a verdadeira presença a experiência e o compromisso profissional (ROLIM, 2003). Entretanto para prestar uma assistência de qualidade é preciso que haja recursos humanos especializados e materiais adequados a realidade de uma UTIN, além de um quantitativo de profissionais proporcionais aos bebês internados, esses componentes muitas vezes são considerados como barreiras que implicarão em uma má atenção nos serviços de saúde. Observamos as seguintes falas:

“Superlotação, pouco profissional de apoio (auxiliar e técnicos)” (E1).

“Quantitativo de profissionais pequeno em relação à demanda” (E2).

“Recursos humanos insuficientes. Não é para se trabalhar com uma auxiliar para cada quatro pacientes prematuros extremos e intubados na UTIN” (E4).

A Enfermagem trabalha baseada em um cuidado humanizado e ética profissional, por meio de técnicas indispensáveis a manutenção da vida e restauração da saúde, individualizando as peculiaridades de cada cliente e conhecendo o desenvolvimento de seres humanos tão vulneráveis, principalmente os prematuros, com a finalidade de aperfeiçoar o cuidado através de “respostas” dadas pelo RN, a cada intervenção. O cuidado de enfermagem consiste na essência da profissão e pertence a duas esferas distintas: uma objetiva, que se refere ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos, e uma subjetiva, que se baseia em sensibilidade, criatividade e intuição (SOUSA; SILVA; ARAÚJO, 2008).

Conclusão

Após a realização do estudo percebemos a UTIN como um ambiente complexo, desfavorável ao desenvolvimento neuropsicomotor do prematuro. Comprovamos esta afirmação quando as enfermeiras relatam sobre o barulho constante e súbito, bem como a iluminação ambiental intensa, não favorecerem o desenvolvimento cerebral, ocular e auditivo, interferindo com o biorritmo e o ciclo de variação noite/dia, e estes aspectos trarão no futuro consequências para o prematuro, como dificuldades de atenção e aprendizagem.

Assim, expressa conhecimento e preocupação com a ecologia neonatal e os agravos causados quando esta não é contemplada. Percebem, também, que esta ambiência acaba gerando barreiras que vão dificultar a prestação da assistência humanizada ao bebê e sua família, haja vista as respostas comportamentais e fisiológicas apresentadas pelos RNPT.

As participantes entendem que algumas medidas podem ser adotadas como diminuir os ruídos e a luminosidade excessiva da UTIN, pois os percebem como forma de interferir com o desenvolvimento do sistema ocular, bem como causar desconforto, estresse, alterações comportamentais e estados de organização, ritmo biológico e circadiano endógenos.

Referências

- BARDIN. L. **Análise de Conteúdos**. 5ed. Lisboa, Edições 70, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 13 de Jun/2012**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e distrito federal**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pesquisa_pdf.pdf>. Acesso em: 28 Ago 2012.
- CHRISTOFFEL, M.M. Tecnologias do cuidado de enfermagem neonatal: a dor e o estresse do recém-nascido durante procedimentos dolorosos. **ANAIS do VI Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal**, Piauí, junho, 2009.
- LIMA, F.E.T et al. Comportamento desorganizado do bebê: sistematização da assistência de enfermagem na unidade de terapia intensiva neonatal. **ANAIS: 978-85-87582-37-9. 10º Simpósio Nacional de Diagnóstico em Enfermagem**, Brasília, Distrito Federal, 2010.
- MAGALHÃES, F.J et al. Respostas fisiológicas e comportamentais de recém-nascidos durante o manuseio em unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista Rene*, v.12, n.1, p.136-143, 2011.
- MEAC. **Centro de processamentos de dados**. Disponível em: <www.meac.ufc.br>. Acessado em: 07 de outubro de 2012.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 8ªed. São Paulo, HUCITEC, 2010.
- ROLIM, K.M.C et al. Ambiência neonatal no desenvolvimento neurocomportamental do recém-nascido de risco: conhecimento da enfermeira. **Revista Tendências de Enfermagem Profissional – RETEP**. v.2, n.2, p.115-118, 2009.
- ROLIM, K.M.C. **A enfermagem e o recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada**. [Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.
- ROLIM, K.M.C.; CARDOSO, M.V.L.M.L. A interação enfermeira recém-nascido durante a prática de aspiração orotraqueal e coleta de sangue. **Rev Esc Enferm USP**, v.40, n.4, p.515-523, 2006.
- SEKI, T.N.; BALIEIRO, M.M.F.G. Cuidados voltados ao desenvolvimento do prematuro: pesquisa bibliográfica. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.** V.9, n.2, p.67-75, 2009.
- SOUSA, M.W.C.R.; SILVA, W.C.R.; ARAÚJO, S.A.N. Quantificações das manipulações em recém-nascidos pré-termo em unidade de terapia intensiva neonatal: uma proposta de elaboração de protocolo. **Conscientiae Saúde**, v.7, n.2, p.269-274, 2008.

Agradecimentos

Agradecemos a oportunidade em divulgar o presente estudo e ao apoio e dedicação da Orientadora, Prof. Dra. Karla Maria Carneiro Rolim.

PROMOÇÃO DA SAÚDE E HUMANIZAÇÃO EM MULHERES VÍTIMAS DE ESTUPRO QUE ENGRAVIDARAM E DECIDIRAM PROSSEGUIR A GESTAÇÃO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.

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

Autor 2 – Harley Silveira Menezes - Universidade de Fortaleza

Autor 3(Orientador) – Rosendo Freitas de Amorim - Universidade de Fortaleza

Palavras-chave: Gravidez. Violência sexual. Estupro. Maternidade.

Resumo

A vida de mulheres que engravidaram em decorrência de um estupro e que decidiram não interromper a gestação é marcada pela violência e por suas consequências psicológicas e sociais. O propósito desta pesquisa é promover saúde, humanizar o atendimento para essas vítimas e analisar a complexidade das diversas dificuldades desse processo doloroso que se inicia após a descoberta de uma concepção nesta circunstância, tais como: a difícil decisão de prosseguir ou não a gestação, considerando as questões éticas, legais e religiosas que influenciam nessa escolha; a aceitação da criança, o julgamento moral da família e da sociedade, os transtornos psicológicos que atingem estas mães, como ansiedade, depressão e perda da autoestima; dentre outras questões conflitantes existentes neste assunto.foi realizada uma pesquisa bibliográfica com periódicos indexados, publicados nas bases de dados LILACS e SCIELO, disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), cadernos e sites do Ministério da Saúde, no período de 2011 a 2013. O recorte temporal para seleção de busca sobre a temática foi de 1998 a 2011, foram avaliados 20 artigos, destes excluídos 06 por não apresentarem disponibilidade do texto na íntegra ou escritos em outra língua. A violência sexual envolve questões inerentes à sexualidade, dignidade, desenvolvimento psicossocial e emocional.

Introdução

A gravidez quando consequência de estupro se destaca pelo pluralismo de reações e sentimentos que provoca, tanto para a vítima como para a sociedade, dentre eles os aspectos humanos e sociais e que são registrados em sua maioria como: medo, dor crônica, depressão, intenção de suicídio e perda de amor próprio. (GARCIA-MORENO, 2002). A mulher sofre efeitos profundos, principalmente na esfera emocional, que muitas vezes tornam-se irreparáveis, visto que as sequelas trazem grande impacto à vida da vítima sendo citadas principalmente a ansiedade, depressão, perda da auto-estima, transtornos do sono, culpa, vergonha, dificuldade de estabelecer relações interpessoais tendendo ao isolamento social e alto risco para o consumo de álcool e drogas (GRANADOS et al., 1988).

O Código Penal Brasileiro define o estupro como crime de ação privada contra os costumes (artigo 213 Lei 8.069/90; 8.072/90 e 8.930/94) e não contra a pessoa. Ou seja, ele está restrito a relação sexual entre o homem e a mulher que ocorra com penetração vaginal, realizado contra a vontade dela e com o recurso da violência ou grave ameaça. Outras situações de violência sexual diferente da conjunção carnal são enquadradas na categoria “atentado violento ao pudor”, como crime de ação pública (art. 214, art. 263 (8.072/90) e art. 6 (8.930/94)). Essa definição é restritiva, pois não abrange casos de violência onde há penetração anal ou oral forçada, retirando das estatísticas um bom número de ocorrências de estupro. Além disso os números relativos à incidência e prevalência de traumas em geral e de estupro em particular no Brasil são escassos, incompletos e derivam em sua maioria do registro de ocorrências em delegacias de polícia com evidente limitação, já que estatisticamente apenas 10% dos casos são denunciados à polícia (OLIVEIRA et al, 2005).

Entre os motivos que levam a mulher a não procurar os órgãos públicos após este tipo de agressão estão o medo de represália, vergonha, constrangimento, sensação de culpa e humilhação e falta de credibilidade do sistema judicial (DREZETT, 2002; LUENGO et. al.,1999;). A maioria das mulheres que sofreram abuso sexual não compartilham com ninguém a agressão sofrida, escondendo em si mesmas as suas dores (MILBRADT, 2008).

Os fatores de risco de violência sexual mais frequentemente são o empobrecimento, a violência doméstica e da comunidade, o tamanho da família, a ausência paterna, formas violentas e agressivas de interação, doença mental dos pais, entre outros. A presença destes e de outros fatores de risco influencia as consequências negativas para o desenvolvimento, o que é denominado vulnerabilidade. Daí a grande necessidade da investigação dos fatores de proteção, que podem atenuar o risco. Os fatores de proteção são recursos e características pessoais que atuam como moderadores de efeitos ou impactos negativos no desenvolvimento (ZIMMERMAN & ARUNKUMAR,1994; MAYER & KOLLER, 2012).

O Brasil ainda apresenta características de uma cultura machista e patriarcal e isso se reflete na maneira como, em crimes de estupro, os autores e principalmente, as vítimas são submetidas a um julgamento de sua vida pregressa em função dos papéis de gênero (PIMENTEL, SCHRITZMEYER & PANDJIARJIAN, 1998).

A violência conjugal tem sido considerada um problema de saúde pública pelas enormes consequências que decorrem dela, que vão desde distúrbios gastrintestinais até lesões fatais. Em função desses elevados índices, pode-se perceber que os custos da violência contra a mulher também vêm crescendo e merecem destaque (BRASIL, 2002).

De acordo com pesquisa feita por D'Oliveira; Schraiber (2000), mulheres que sofrem violência física e sexual parecem utilizar mais os serviços de saúde. Por outro lado, os profissionais de saúde não identificam ou pelo menos não registram a violência em prontuário como parte do atendimento. Quando reconhecida, ainda que não registrada como tal, a situação de violência também leva a mais encaminhamentos para serviços de saúde mental: 15% das pacientes que viviam situações de violência doméstica tiveram este tipo de encaminhamento, enquanto apenas 4% das vítimas de lesões não intencionais receberam a mesma orientação.

O desenvolvimento de uma abordagem do cuidado adequado a mulheres e família em situação de violência intrafamiliar mostra-se imprescindível e deve contemplar a elaboração de uma estrutura adequada, flexível, ajustável, com atendimento multiprofissional e enfoque interdisciplinar que transcenda a dimensão ideológica do cuidar. Além disso, se faz necessário uma rede de apoio social, interinstitucional e intersetorial que não se limite ao setor de saúde e que favoreça a parceria com a comunidade (NUNES; SARTI; OHARA 2007).

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica, descritivo, para se alcançar o objetivo proposto nesta investigação. A grande vantagem da pesquisa bibliográfica é permitir maior cobertura dos fenômenos pesquisados, o que não seria possível se a mesma fosse feita diretamente na fonte, além de permitir ao pesquisador ter contato direto com o que já foi escrito sobre o assunto (MARCONI;

LAKATOS, 2001). Foi realizada uma pesquisa bibliográfica com periódicos indexados, publicados nas bases de dados LILACS e SCIELO, disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), cadernos e sites do Ministério da Saúde, no período de 2011 a 2013. O recorte temporal para seleção de busca sobre a temática foi de 1998 a 2013, foram avaliados 20 artigos, destes excluídos 06 por não apresentarem disponibilidade do texto na íntegra ou escritos em outra língua. A violência sexual envolve questões inerentes à sexualidade, dignidade, desenvolvimento psicossocial e emocional. O método incluiu o levantamento e revisão das literaturas especializadas mais importantes publicadas a respeito do tema. Os seguintes descritores foram utilizados na busca aos artigos : Violência Sexual; Estupro; Gravidez; Maternidade.

Resultados e Discussão

As mulheres que sofrem violência sexual, principalmente as jovens em idade reprodutiva, convivem com as consequências físicas e psicológicas e que podem ser imediatas e de longo prazo, manifestando-se tardiamente ou estendendo-se por muito tempo depois de a violência ter cessado, além de afetarem o seu desenvolvimento pessoal e sua saúde. (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006).

Em relação à saúde reprodutiva, a vítima tem sido associada às consequências da violência que podem ser físicas e/ou psicológicas: lesões genitais ou em outras partes do corpo, dores de cabeça, asma, depressão, síndrome do pânico e abuso de drogas, são alguns dos exemplos (FAUNDES et al., 2006). Além disso, há a vergonha pelo ato sofrido, um sentimento de invasão de sua privacidade, bem como um sentimento de perda da liberdade e integridade pessoal. Observa-se, ainda, que o impacto da violência sexual não se restringe à vida da vítima, atingindo também familiares, amigos e pessoas próximas a vítimas (CAMPBELI & WASCO, 2005; SANTII, NAKANO & LSTTIERE, 2010).

De acordo com estudo feitos por Benode; Oshikata; Faundes, 2005, foram observadas algumas lesões genitais que foram mais frequentemente encontradas nas mulheres. Entre elas estão a fissura anal, ruptura ou fissura himenal e laceração vaginal. Um terço das mulheres sofreram traumas extragenitais, escoriações e equimoses além de fraturas na face.

Segundo Reynolds; Peipert; Collins (2000), existe o risco de uma mulher adulta, vítima de estupro, adquirir gonorréia 26,3%; clamídia de 17,0%; vaginose bacteriana 50,0%; tricomoníase 22,0%; candidíase 42,0%; sífilis de 5,6% e HPV de 0,6% a 2,3%.

As mulheres que engravidaram em decorrência de um estupro vivem momentos de incertezas o qual são marcadas pelas consequências psicológicas e sociais

Um estudo de Bruyn (2003), estima que a taxa de gravidez pós estupro esteja entre 10 e 30%. Mattar et al (2007), confirma essa teoria afirmando que em sua pesquisa em 30% dos casos houve gestação sendo que em 63% delas ocorreu interrupção por aborto. Nos casos em que a gravidez evoluiu, 75% dos recém-nascidos foram para adoção e 25% ficaram com as mães. Entretanto Benode; Oshikata; Faundes (2005), observaram uma incidência bem menor: de 2,3% de incidência de gravidez indesejada. As mulheres estudadas que engravidaram tinham entre 18 e 25 anos, não usavam contraceptivos antes da agressão, utilizaram anticoncepção de emergência dentro das primeiras 36 horas após o estupro e optaram pelo aborto legal. Quando usado dentro de 72 horas após a violência sexual, o método de contracepção de emergência torna-se eficaz.

Em outro estudo Faundes et al (2006), afirmam que adolescentes podem ter maior probabilidade de ficar grávidas que mulheres de maior idade, isso poderia ocorrer pelo fato de não usarem anteriormente método contraceptivo. A gravidez resultante de estupro é quase sempre extremamente rejeitada pela mulher e, portanto, frequentemente termina em aborto. Dada a rejeição absoluta da gravidez por parte da maioria das grávidas por estupro, elas recorrem ao aborto clandestino, que será de risco para aquelas com poucos meios econômicos, expondo-as desnecessariamente a complicações graves e à morte (REYNOLDS; PEIPERT; COLLINS, 2000).

A violência tem sido identificada também como um fator de risco para agravos à saúde mental da mulher, e tem se mostrado associada a pior qualidade de vida, maior procura por serviços de saúde, limitado desenvolvimento pessoal e profissional, dificuldade de estabelecer relacionamentos interpessoais e afetivos, maior exposição a comportamentos de risco (sexo desprotegido, tabagismo, abuso de álcool e outras drogas) e maiores taxas de suicídio e de tentativas de suicídio. Quanto mais grave a forma de violência sofrida e mais longa a sua duração, maior impacto terá na saúde mental, e a exposição a múltiplos tipos de violência parece ter um efeito deletério cumulativo (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006).

De acordo com os artigos analisados, eles relatam a necessidade de sensibilizar profissionais de saúde, população, as autoridades e gestores, revolucionando e conscientizando a todos para o grave problema, orientando as famílias sobre a real situação. Para Nunes, Sarti e Ohara (2009) os profissionais de saúde resistem a fazer a notificação dos casos de violência sexual, por não ter retorno e quando ocorre é demorado, preferem ser conivente, para evitar problemas futuros com familiares e judiciais, sentem-se coagidos, fragilizados, falta integração entre profissionais, estratégia para atuação por falta de resolutividade dos órgãos competentes (NUNES; SARTI; OHARA 2007).

A maneira como é realizada a maioria das abordagens em casos que envolvem violência sexual esta relacionada à falta de integração entre profissionais e setores que deveriam lidar com tais questões. Há falta de trabalho integrado na própria equipe da saúde e os casos que envolvem algum tipo de violência contra essas vítimas nem sempre chega ao conhecimento do profissional por falta de abordagem de trabalho pelos profissionais, que priorize os casos suspeitos ou confirmados, a dificuldade de delimitar o problema está relacionado com o despreparo dos profissionais em lidar com fatos que envolvem a violência sexual e a impossibilidade de encontrar uma resposta clara e direta a situação que gera sensação de impotência (CARTILHA, 2007).

Conclusão

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde ³⁶⁸

Nos serviços de saúde, a mulher violentada sexualmente necessita de acolhimento, fator fundamental para proporcionar à cliente um atendimento integral e humanizado. Profissionais de saúde devidamente capacitados podem reduzir o trauma decorrente da agressão sexual na avaliação e tratamento às vítimas de violência sexual. Portanto, eles devem estar habilitados para acolher e desenvolver assistência voltada para a recuperação física, psicológica e social, sem demonstrar atitudes preconceituosas que possam interferir na adesão ao tratamento favorecendo o trabalho com a equipe multidisciplinar.

É preciso que os profissionais adquiram conhecimento sobre os aspectos assistenciais e legais que envolvem a violência sexual, bem como treinar a equipe de forma a sensibilizar e capacitar seus membros para acolher, oferecer conforto e segurança à mulher.

A questão da violência contra mulheres esta sendo amplamente estudada no Brasil entretanto, o tema violência doméstica é o assunto mais encontrado. Há poucos dados atuais que nos possam fornecer informações a serem comparadas com dados mais antigos afim de analisar a evolução dos números de violência sexual.

Através da reivindicação da sociedade e da implantação de novas políticas públicas, a questão da violência contra a mulher vem

ganhando importância na área da saúde. Juntamente com esse avanço se espera que se some o esforço e a dedicação dos profissionais envolvidos no aprimoramento do serviço que nem sempre é realizado da maneira como proposto nas políticas adotadas. Desta forma, uma eficiente assistência prestada contribuirá para que as mulheres atendidas continuem a viver com dignidade na busca dos restabelecimentos físico e psicológico afetados pela violência.

Os cuidados prestados a mulher vítima de violência sexual, incluindo crianças, adolescentes e adultas além de seus familiares devem ser ampla, holístico, objetivando o bem estar social, físico, emocional dos mesmos.

Referências

- 1-BRASIL, Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF, 2012
- 2-CARTILHA: **Orientação para o combate e enfrentamento da violência sexual contra Crianças e Adolescentes**; Responsabilidade Projeto Girassol, 2007.
- 3-Campbell R., & Wasco, S. M. (2005). Understanding rape and sexual assault: 20 years of progress and future directions. **Journal of interpersonal violence**. 20, 127-131.
- 4-Drezett J. Profilaxia pós-infecçiosa de mulheres estupradas. In: **Conferência Internacional sobre Infecção pelo HIV em Mulheres e Crianças**. Universidade Federal do Rio de Janeiro e Institute of Virology of Maryland, 2002; p.20-2.
- 5-Granados AM, Echeveste LG, Gorocica VG. **Embarazo a los 11 años de edad**. Rev. Méd Hosp Gen Méx 1988;51(3):163-4.
- 6-Garcia-Moreno,C. **Violência contra La mujer.: gênero y equidad em La salud**. Gênero, Equidad, Salud/OPAS 2002, 6(7).
- 7- Milbradt V. **Afetividade e gravidez indesejada, os caminhos de vínculo mãe-filho**. Revista Pensamento Biocêntrico Jan/Jun 2008; 9:111-33. Disponível em:URL:<http://www.pensamentobiocentrico.com.br /content/.../revista-09-06.pdf>. Pfeiffer, L., & Salvagni, E. P. (2005). Visão atual da violência sexual na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*, 81(5), 197-204.
- 8-Mayer, L. R., & Koller, S. H. (2012). **Rede de apoio social e representação mental das relações de apego de crianças vítimas de violência doméstica**. In L. F. Habigzang, & S.H. Koller. (Eds.), *Violência contra crianças e adolescentes: teoria, pesquisa e prática* (pp. 11-280). Porto Alegre: Artmed.
- 9-NUNES, CB; SARTI, CA; OHARA, CVS. **Profissionais de saúde e violência intrafamiliar contra a criança e adolescente** [tese de doutorado]- UNIFESP: São Paulo, 2007.
- 10- Santi, L. N., Nakano, A. M. S., & Lettiere, A. (2010). **Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social**. *Texto contexto – enfermagem*, 19, 417-424.
- 11-Zimmerman, M. A. , & Arunkumar, R. (1994). **Resiliency Reseach: Implications for schoolsand policy**. *Social Policy Report*, 8, 1-18.

Agradecimentos

Ao nosso Deus, ao grupo e orientadores pelo empenho em realizar o estudo,que foram sempre prestativos e disponíveis nos momentos de dúvidas e a Universidade de Fortaleza pelo importância em nossa formação acadêmica

PROMOÇÃO DA SAÚDE E A CONFERÊNCIA DOS DIREITOS DA CRIANÇA E ADOLESCENTE DE UMA MICRORREGIÃO DO SUDESTE GOIANO.

Autor1-(Normalene Sena de Oliveira) – Universidade Federal de Goiás- Email;normalene.sena@gmail.com

Autor 2 –Ludmila Sousa de Moraes- Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

Autor 3 – Elma Valeria Lopes- Universidade Federal de Goiás-Regional Catalão.

Autor 4 – Fabiana Ribeiro Santana- Universidade Federal de Goiás – Regional Catalão

Autor 5 – Maria José Bistafá – Faculdade de Enfermagem de Ribeirão Preto- Universidade federal de São Paulo.

Autor 6 (Orientador) Normalene Sena de Oliveira) – Universidade Federal de Goiás- Email;normalene.sena@gmail.com – Instituição

Palavras-chave:Direitos Humanos. Criança. Adolescente. Estatuto da Criança e do Adolescente.Promoção da Saúde

Resumo

O objetivo deste trabalho é relatar a experiência de uma ação de promoção da Saúde por meio de um projeto de extensão evento para a concretização da 2ª Conferência dos Direitos da Criança e Adolescente de uma Microrregional do sudeste Goiano com 18 Municípios. Atividade esta motivada pelo compromisso de uma equipe interdisciplinar de uma região fragil em viabilizar ações que demandam a reflexão e ação dos diversos grupos sociais que atuam diretamente com as questões da criança e adolescente como também a realização de uma conferência para a partir dos diferentes agentes sociais elaborar plano de prioridades de acordo com as normas e solicitações do Conanda para apresentação da Conferência nacional a cada dois anos. Os trabalhos realizados foram na perspectiva da realização de algumas diretrizes como: 1) elaborar propostas de diretrizes da Política Nacional de Promoção, Proteção e Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente que deverão, posteriormente, balizar a elaboração de um Plano Decenal da Política de Atendimento dos Direitos da Criança e do Adolescente; 2) analisar, definir e deliberar as diretrizes da Política Municipal, Regional e Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente com vistas à elaboração do Plano Decenal

Introdução

Na perspectiva da legalidade, a Constituição Federal Brasileira de 1988 estabelece um novo paradigma no atendimento da criança e adolescente no país. Nela, sua proteção integral torna-se prioridade absoluta, repercutindo em 1990 na promulgação da Lei 8.069/90 conhecida como Estatuto da Criança e Adolescente.

O art. 204 da Constituição Federal revela um caminho no sentido da democratização na elaboração, execução e controle das ações sociais, destacam-se, os princípios da descentralização político-administrativa, que aliada à participação popular, tem o papel de elaborar estratégias políticas e controle das ações nos níveis administrativos.

Dentre as políticas idealizadas por essa perspectiva, foi constituída pelo Conanda (Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente) a Conferência dos direitos da Criança e do Adolescente, configurada como um espaço de participação popular e democrático, que promove entre sociedade e poder público, discussões sobre políticas a serem implementadas para o grupo em questão. A Conferência de Direitos da Criança e Adolescente ocorre de dois em dois anos, nos âmbitos municipal, regional, estadual e nacional. Trata-se de um dos eventos brasileiros mais importantes no campo dos direitos infanto-juvenis. Tornou-se um evento de caráter deliberativo a partir do ano de 2007 em ocorrência da 7ª Conferência. Nessa perspectiva o Núcleo de Estudos e Pesquisa Infância e Educação (NEPIE) protagoniza junto a microrregional de um município do sudeste Goiano a primeira (2010) e segunda (2012) Conferências dos direitos da Criança e do Adolescente envolvendo seus onze municípios com participação de adolescentes, conselheiros, conselhos de direitos, educadores, comunidade acadêmica e a população em geral.

Tal agrupamento representa a busca pelo fortalecimento de ações em direção a soluções conjuntas para questões similares no que se refere aos direitos da criança e do adolescente na região, sem perder de vista as particularidades que se apresentam individualmente.

Esta iniciativa vem do compromisso do Núcleo de Estudos e Pesquisas Infância e Educação em uma realidade em que as instâncias responsáveis por promover e motivar estas ações se encontram fragilizadas pela centralização e descompromisso com as questões que tratam da Criança e do Adolescente. Os objetivos propostos nestes eventos foram: 1) elaborar propostas de diretrizes da Política Nacional de Promoção, Proteção e Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente que deverão, posteriormente, balizar a elaboração de um Plano Decenal da Política de Atendimento dos Direitos da Criança e do Adolescente; 2) analisar, definir e deliberar as diretrizes da Política Municipal, Regional e Estadual dos Direitos da Criança e Adolescente com vistas à elaboração do Plano Decenal fortalecer novas estratégias de promoção da saúde em cenários que exige a democratização e efetivação de políticas públicas no pensar o direito junto a este público.

Metodologia

A elaboração das diretrizes da Conferência foi norteada pelos eixos orientadores propostos nas normativas, documentos e planos nacionais disponibilizados pelo Conanda, como: 1) Promoção e universalização dos direitos em um contexto de desigualdades; 2) Proteção e defesa no enfrentamento das violações de direitos humanos de crianças e adolescentes; 3) Fortalecimento do sistema de garantia de direitos; 4) Participação de crianças e adolescente nos espaços de construção da cidadania; 5) Gestão da Política. A formulação da Política Nacional de Promoção, Proteção e Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente, se efetivará através do mapeamento das produções de subsídios elaborados pelas Conferências municipais, estaduais, distrital e nacional que irão convergir em

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde³⁷⁰

uma proposta preliminar do Plano Decenal da Política dos Direitos da Criança e do Adolescente. Após a aprovação do Conanda, o documento será entregue aos candidatos (as) à Presidência da República.

Resultados e Discussão

A Conferência Microrregional de que trata este texto foi marcada pelo exercício de cidadania, e a participação interdisciplinar dos organizadores em defesa dos direitos da Criança e do adolescente em uma realidade marcada pela adversidade dos órgãos competentes. Ao mesmo tempo, pôde-se perceber o papel motivador do NEPIE na organização e articulação entre os parceiros para viabilizar as diretrizes propostas e a serem apresentadas pelos delegados eleitos para participarem da Conferência Estadual. Participaram desta atividade com inscrição efetivada e emissão de certificados 738 pessoas, sem contarmos com os

apresentadores das atividades culturais e a participação especial de um grupo de crianças que fizeram um show para crianças das escolas do município e outro aberto a todas as crianças da cidade. Na Conferência foram abordadas questões relevantes acerca da garantia de direitos sociais como educação, saúde e segurança. Destacou-se a importância do controle social no aparelho estatal, a valorização e proteção do ser humano na construção de políticas públicas. A plenária promoveu um debate com a apresentação e discussão de experiências acerca da garantia dos direitos das crianças e dos adolescentes a partir das realidades dos onze municípios representados, reflexões do papel dos conselhos tutelares, problemas no sistema de saúde e serviços nos municípios; a falta de garantia de direitos aos portadores de necessidades especiais, no âmbito da saúde e educação. Em seguida passou-se para as discussões em grupos nos cinco eixos temáticos. Os eixos que balizaram a discussão dos direitos foram: 1) promoção dos direitos de crianças e adolescentes; 2) proteção e defesa dos direitos de crianças e adolescentes; 3) protagonismo e participação de crianças e adolescentes; 4) controle social da efetivação dos direitos e gestão da Política Nacional dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes. A partir de cada eixo os participantes definiram as diretrizes a serem encaminhadas para a etapa Estadual com as ações de mobilização, implementação e monitoramento que perpassaram pelo fortalecimento e efetivação do Estatuto da Criança e do Adolescente em todas as esferas. Ao final da Conferência realizou-se a eleição de delegados que representariam a Regional Sudeste na Conferência Estadual e Nacional.

Conclusão

É importante reforçarmos o papel da Universidade e sua parceria com a comunidade por meio de ações que fortalecem essa interação em diversos cenários. Questões que norteiam as reflexões e ações dos direitos de Crianças e Adolescentes obriga o Estado à garantia de políticas sociais básicas, em detrimento de práticas assistencialistas associadas a “favores” do administrador público. Nessa lógica, o direito a ter direitos é a condição peculiar do sujeito em desenvolvimento, sendo papel do Estado e da Sociedade assumirem a criança e o adolescente enquanto prioridade absoluta (SARTORI, ano, 2007 p. 09). É urgente pensarmos em possibilidades que sejam capazes de transformar nossa prática junto a Criança e ao Adolescente em seus diversos contextos. E o papel dos profissionais de saúde em articular junto aos Municípios a efetivação destas políticas na perspectiva em promover ações de educação e promoção da saúde no fortalecimento ao cuidado integral a esta população que perpassa pela integralidade do cuidar.

Referências

ANDRADE, S.M.S.; O Estatuto da Criança e do Adolescente - O Reconhecimento da Prática de Direitos: A experiência da cidade de Londrina. São Paulo, Tese/PUC, 1996.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**. Lei 8.069/90, apresentado por Siro Darlan de Oliveira. 7 ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

COSTA, N. R. A; ROSSETTI-FERREIRA, M. C.; Acolhimento Familiar: Uma Alternativa de Proteção para Crianças e Adolescentes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 22, n.1, p. 111-118, 2009.

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei 8069/90

GOMES, ILV; CAETANO, R; JORGE, MSB.; A criança e seus direitos na família e na sociedade: uma cartografia das leis e resoluções. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. 01, p. 61-65, jan-fev, 2008.

SARTORI, Elisiane; LONGO, Isis Souza.; O Impacto do ECA nas Políticas Públicas de Atendimento à Criança e ao Adolescente e no Trabalho Infante-Juvenil. São Paulo, 2007.

STANISCI, S. A.; Gestão Pública Democrática: Perspectivas Apontadas pelos Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente. São Paulo, Tese/PUC, 1996.

Agradecimentos

Agradecemos ao Núcleo de Estudos e Pesquisas Infância e Educação (NEPIE) por ter financiado este evento e pelo seu compromisso através dos seus membros a realização de um evento tão importante para a efetivação dos direitos de Crianças e adolescentes.

PROMOÇÃO DA SAÚDE E DIREITOS DOS USUÁRIOS DO SUS: UMA AÇÃO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM NA CALOURADA

Autor1-Samuel Cardoso de Oliveira – Universidade Federal de Goiás- Regional Catalão. Email:samuel.ahg@hotmail.com

Autor 2 ,SOUZANayanna Cristina Ferreira de – Universidade Federal de Goiás- Regional Catalão

Autor 3 Kamylla Guedes de Sena – Universidade Federal de Goiás- Regional Catalão

Autor 4 Fabiana Ribeiro Santana – Universidade Federal de Goiás- Regional Catalão

Autor 5 Claudio José Bertazzo- Universidade Federal de Goiás- Regional Catalão

Autor 6 (*Normalene Sena de Oliveira*) – Universidade Federal de Goiás- Regional Catalão

Palavras-chave: Promoção da saúde. SUS. Participação. Controle social. Saúde

Resumo

No Brasil encontramos Leis, resoluções, normas que garantem os direitos individuais e coletivos. Ao que se refere à Saúde a Constituição Federal de 1988 em seu art.196 afirma que a Saúde é um direito de todos e dever do estado. Muitas vezes este direito é violado por falta de acesso da população as informações. Por sua vez os Direitos humanos garantem a proteção e garantia de fazer valer o que esta na constituição. Assim o projeto de extensão e cultura “Direitos dos Usuários do SUS e Direitos Humanos, objetivou informar junto aos calouros, veteranos e comunidade externa os direitos do usuário do SUS e o Cartão do SUS. Através de Stand temática, folders, banner, os acadêmicos de Enfermagem tiveram a possibilidade em inovar as atividades tradicionais da calourada inserindo ações de educação e promoção da Saúde com informações pertinentes junto aos calouros que vem de outras regiões. As atividades propostas pelo projeto duraram 5 dias no período noturno contando com a participação de 200 acadêmicos e 100 pessoas da comunidade externa.

Introdução

Na perspectiva do Direito a saúde e direitos humanos, propomos na Calourada da Universidade Federal de Goiás do Campus Catalão, momento marcado pela acolhida dos diversos agentes sociais dos 22 cursos do campus, que vem das diversas regiões do Brasil, apresentá-los a estrutura organizacional dos serviços de saúde do Município, e a política de atendimento para que tenham acesso a participação e controle social na efetivação da proposta dos princípios e diretrizes do SUS. Os objetivos propostos foram :Apresentar informações clara e acessível dos direitos dos usuários dos serviços e ações de saúde do Município; respaldar a comunidade Universitária para a defesa de seus direitos;Fortalecer a participação e controle social no SUS;Identificar o direito a saúde como direito social,garantido pela Constituição Federal;Apresentar em folder todas as unidades de saúde com endereço e telefone.

Os acadêmicos de enfermagem propuseram ações de educação e promoção da Saúde objetivando o empoderamento dos acadêmicos e comunidade externa sobre os direitos garantidos na Constituição da República Federativa do Brasil do ano de 1988 que em seu artigo 196 afirma ser “a saúde um direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem á redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção recuperação e reabilitação”(BRASIL, 1988).

A UFG/CAC recebe todos os anos um grande número de calouros advindos de diversas regiões do Brasil, que mencionam a dificuldade de atendimento em serviços públicos de saúde. Deste modo foram usados recursos didáticos como banner e folders, para facilitar a compreensão de acadêmicos e comunidade externa: sobre os direitos dos usuários dos serviços e ações de saúde do município, respaldando a comunidade universitária para defesa de seus direitos com o desejo de fortalecer a participação, conhecimento da estrutura organizacional dos serviços de saúde do município e apresentar a política de atendimento do SUS no Município para que tenham acesso e participação no controle social e na efetivação da proposta dos princípios e diretrizes do SUS .

Metodologia

Para realização da proposta de extensão e sua efetivação percorremos alguns passos como a; revisão bibliográfica sobre o tema: Direitos dos Usuários do SUS e Direitos Humanos, em seguida o planejamento da ação a partir das necessidades apresentadas pelos calouros dos anos anteriores, busca de parcerias junto aos cursos da UFG e comunidade externa e cadastro da ação no SIEC . Na semana da calourada foi realizado um cronograma de funcionamento da Stand com seus respectivos monitores na praça de recepção da calourada com folders informativos, impressos a cerca das unidades de saúde do Município, informativos acerca dos direitos dos usuários do SUS e o cartão do usuário do SUS e as respectivas informações e instancias para aquisição do mesmo propostas pelo Ministério da Saúde e do Município local.

A partir da confecção do material de divulgação ocorreu uma oficina interativa com os monitores e equipe da Secretaria Municipal do Município para repasse e treinamento de como os calouros recém chegados na cidade e como podem ter acesso ao sistema de saúde no Município e ao próprio cartão do SUS como também informações dos diversos serviços do Município relacionados a hospedagem e algumas orientações pontuais de veteranos para calouros.

Resultados e Discussão

As atividades foram realizadas respeitando-se algumas etapas como a divulgação que teve inicio na primeira semana de março junto a comunidade Universitária e externa. Em seguida a implantação na semana da calourada com um total de 300 visitantes na stand de orientação sobre os direitos dos usuários do SUS , direitos humanos e as possíveis ações de promoção e educação em saúde neste

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde³⁷²

cenário, divididas em 80 visitantes no dia 12 de março, 90 visitantes no dia 13 de março a tarde e 130 no dia 14 de, alcançando assim um número considerável de pessoas que passaram a ser multiplicadores de informações e orientações.

Para os Monitores e acadêmicos de Enfermagem foi uma experiência inovadora por ser a primeira vez em que os mesmos propuseram ações de promoção e educação em saúde inserida no contexto das atividades de recepção da Calourada na Regional Catalão da Universidade Federal de Goiás, o número de pessoas que participaram da roda de conversa na stand chegando a um total de 300, como também o fortalecimento do vínculo entre a universidade e comunidade externa e a troca de experiência que a ação proporcionou a quem organizou e quem participou, ultrapassando o conhecimento teórico científico adquirido em sala de aula para o exercício de cidadania como agentes sociais comprometidos com a transformação e efetivação da política Nacional de Promoção da Saúde viabilizando a construção de novos eixos não contemplados na própria política no que diz respeito ao pacto em defesa do SUS.

Conclusão

É necessário um maior comprometimento e conhecimento dos agentes sociais no que se refere às políticas públicas e direitos garantidos para a efetivação do cuidado a saúde integral. O que exige cidadãos conhecedores dos seus direitos e deveres para que de fato tenhamos a possibilidade de maior participação no controle social e efetivar no cenário acadêmico e comunidade extra muros da Universidade ações de educação e promoção da saúde na perspectiva do direito e conhecimento dos princípios e diretrizes do SUS e a política de atendimento de maneira especial aqueles que ingressam na Universidades de outras regiões e estados.

Os objetivos propostos pela ação foram alcançados como também o amadurecimento e engajamento do grupo superou as expectativas no que diz respeito ao empoderamento a cerca dos direitos dos usuários do SUS e a estreita relação do conhecimento da política de promoção da Saúde com o olhar ampliado como produção social com informações pontuais dos serviços de saúde do Município e utilização do cartão do SUS local e Nacional.

Informar, orientar e acolher jovens que ingressam na Universidade pública e seus familiares em uma região nova e desconhecida para ambos, faz toda a diferença tanto para quem chega como para quem acolhe. É uma outra dimensão do cuidar em sua integralidade.

Referência

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao. Acesso em : 12 de mar 2014.

http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/AF_Carta_Usuarios_Saude_site.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Brasil:** legislação federal compilada – 1973 a 2006 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.p.494

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde – 2. ed. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 208 p. – (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/coletanea_miolo.pdf.

Agradecimentos

Agradecemos o apoio da orientadora e alunos de graduação pela iniciativa na realização e participação da comunidade externa da Universidade Federal de Goiás e Regional Catalão.

PROMOÇÃO DA SAÚDE E ENVELHECIMENTO ATIVO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Bianca Anne Mendes de Brito – Estudante. Universidade Federal do Piauí / bambbia@hotmail.com

Jose Lucas Silveira Ferreira – Estudante. Universidade Federal do Piauí

Elaine Maria Leite Rangel Andrade – Doutora. Universidade Federal do Piauí;

Chrystiany **Plácido de Brito Vieira** – Doutoranda. Universidade Federal do Piauí.

Palavras-chave: Envelhecimento. Promoção da saúde. Enfermagem.

Resumo

O processo de envelhecimento da população é um fenômeno mundial e a avaliação multidimensional do idoso permite valorizar a autonomia e a autodeterminação, preservar a independência física e mental, prevenir e acompanhar as doenças crônicas não transmissíveis que direcionam a uma velhice saudável. O objetivo foi relatar a experiência de acadêmicos de Enfermagem em uma atividade de promoção de saúde como forma de prevenção de doenças e promoção e manutenção da qualidade de vida do idoso. Trata-se de um estudo descritivo acerca de um relato de experiência sobre uma atividade educativa realizada pela integração das disciplinas Saúde do Adulto e do Idoso I e Semiologia e Semiotécnica do Curso de Graduação em Enfermagem com um grupo de trinta idosas na Universidade Federal do Piauí. Foi realizada avaliação física geral e avaliação multidimensional com o uso das escalas de Lawton, Index de Katz e Mini Exame Mental. Além disso, realizou-se dinâmica de grupo com o tema envelhecimento ativo. Através da realização da avaliação multidimensional, verificou-se que o grupo de idosas apresentou estado mental e cognitivo satisfatório e que o grupo possui uma visão de envelhecimento ativo pautada na valorização da atividade física, alimentação saudável e equilibrada e apoio familiar. A experiência possibilitou a aproximação dos acadêmicos de enfermagem com a temática, por meio da realização de atividade teórico-prática que propiciou um aprendizado pautado na avaliação crítica e reflexiva. Essa experiência colaborou para o exercício da promoção da saúde para pessoas idosas como também para a percepção da importância da avaliação multidimensional.

Introdução

O processo de envelhecimento da população é um fenômeno mundial. Nos países desenvolvidos, esse processo ocorreu lentamente numa circunstância de evolução econômica, de crescimento do nível de bem-estar e redução das desigualdades sociais (MOREIRA, 1998). Atualmente, o envelhecimento passou a ganhar maior importância nos países em desenvolvimento com o aumento acelerado da população acima de sessenta anos em relação à população geral (TRUELSEN; BONITA; JAMROZIK, 2001).

Na epidemiologia do envelhecimento, aconteceram transições demográficas que resultaram em mudança de alguns indicadores de saúde, diminuindo a taxa de fecundidade, reduzindo a taxa de mortalidade e aumentando a expectativa de vida, como também houve transição epidemiológica que propiciou modificações dos padrões de morbidade, invalidez e mortalidade de uma população, resultando no declínio das doenças infecciosas e na substituição das doenças transmissíveis pelas doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2006).

Existem escalas de Avaliação Multidimensional do Idoso que admitem avaliar graus de dependências em diversas atividades como também respostas cognitivas de modo a permitir o planejamento seguido de uma implementação de cuidados que resultam em uma vida saudável e com maior independência.

O Mini Exame do estado Mental (MEEN) é o teste mais utilizado para avaliar a função cognitiva por ser rápido e de fácil aplicação, não requerendo material específico. Deve ser utilizado como instrumento de rastreio não substituindo uma avaliação mais detalhada, não serve para diagnóstico, mas indica que funções devem ser melhor investigadas. É um dos poucos testes validados e adaptados para a população brasileira. Objetiva avaliar a função cognitiva (BRASIL, 2006).

A Avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) - Escala de Lawton, avalia o grau de limitação apresentado para desempenho das AIVDs sendo possível determinar se a pessoa idosa é ou não capaz de manter uma vida independente. Avalia o desempenho funcional da pessoa idosa em termos de atividades instrumentais que possibilita que a mesma mantenha uma vida independente (BRASIL, 2006).

A Avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária (AVD) Index de independência nas atividades de vida diária de Katz é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar as AVD. Avalia a independência no desempenho de seis funções (banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação) classificando as pessoas idosas como independentes ou dependentes. Avalia a independência funcional das pessoas idosas no desempenho das AVD (BRASIL, 2006).

Assim, tem-se como objetivo relatar a experiência de acadêmicos de Enfermagem em uma atividade de promoção de saúde como forma de prevenção de doenças e promoção e manutenção da qualidade de vida do idoso.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo acerca de um relato de experiência sobre uma atividade educativa realizada pela integração das disciplinas Saúde do Adulto e do Idoso I e Semiologia e Semiotécnica do Curso de Graduação em Enfermagem, no dia 27 de junho de 2014, com um grupo de trinta idosas na Universidade Federal do Piauí.

Inicialmente o grupo de idosas foi recepcionado em uma sala da universidade e participaram de uma avaliação física geral, onde foram verificados e avaliados pressão arterial, peso, altura, medidas da cintura e quadril. Posteriormente responderam a questionários de avaliação multidimensional do idoso, entre eles a Escala de Lawton, Index de Katz e Mini Exame Mental.

Após essa avaliação multidimensional elas se dividiram em grupos para realização de uma dinâmica, que consistia na representação por meio de cartazes com colagens e desenhos o que seria envelhecimento ativo, como base na concepção de cada uma. A atividade educativa foi finalizada com roda de conversa sobre hábitos de vida saudável, como práticas de exercício e alimentação saudável.

Resultados e Discussão

A promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando a criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e que incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas (BRASIL, 2010).

Algumas ações de promoção de saúde como, por exemplo, a educação em saúde visa proporcionar aos indivíduos conhecimentos que lhes permitam atingir saúde e, conseqüentemente, qualidade de vida. Segundo Rezende (1995), toda ação educativa que propicie a formulação de hábitos e aceitação de novos valores é um instrumento de transformação social que permite o desenvolvimento do comportamento em relação à saúde.

A avaliação multidimensional do idoso permite valorizar a autonomia e a autodeterminação, preservar a independência física e mental, prevenir e acompanhar as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), que direcionam a uma velhice saudável.

Através da realização da avaliação multidimensional, verificou-se que o grupo de idosas avaliado apresentou estado mental e cognitivo satisfatório e que o grupo possui uma visão de envelhecimento ativo pautada na valorização da atividade física, alimentação saudável e equilibrada e apoio familiar.

A experiência possibilitou a aproximação dos acadêmicos de enfermagem com a temática, por meio da realização de atividade teórico-prática em um cenário diferente do habitual, propiciando um aprendizado pautado na avaliação crítica e reflexiva. Além disso, a atividade integrando duas disciplinas promoveu a interdisciplinaridade.

Vale destacar que foi possível inferir que na graduação de enfermagem, toda ação educativa que propicie a formulação de hábitos e aceitação de novos valores, constitui instrumento de transformação social que permite o desenvolvimento do comportamento em relação à saúde. Essa experiência pôde ampliar as concepções referentes à promoção de saúde, seus atores e espaços de sua realização. Essa clientela ainda precisa ser atendida com mais aprimoramento, para que possam exercer sua cidadania com independência.

Conclusão

Essa experiência colaborou para o exercício da promoção da saúde para pessoas idosas como também para a percepção da importância da Avaliação Multidimensional do Idoso.

Referências

MOREIRA, M. M. O envelhecimento da população brasileira em nível regional; 1940-250. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, XI. **Anais**. p. 3030-3124, Caxambu: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 1998.

TRUELSEN, T.; BONITA, R.; JAMROZIK, K. Surveillance of stroke: A global perspective. **Int J Epidemiol**, v. 30, p. S11-S12, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n.19).

_____. 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.

REZENDE A. L. M. **Saúde dialética do pensar e do fazer**. São Paulo: Cortez; 1995.

Agradecimentos

Universidade Federal do Piauí (UFPI);

Grupo de Idosas que participaram da atividade educativa;

Elaine Maria Leite Rangel Andrade (coordenadora da disciplina Saúde do Adulto e do Idoso I);

Chrystiany **Plácido de Brito Vieira** (Coordenadora da disciplina Semiologia e Semiotécnica para Enfermagem).

PROMOÇÃO DA SAÚDE E INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO AO IDOSO: UMA REALIDADE BRASILEIRA?

Jocielma dos Santos de Mesquita (apresentadora) – Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) / Email: jocielmam@hotmail.com

Maria Liana Rodrigues Cavalcante – Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

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

Emanoel Avelar Muniz – Universidade Federal do Ceará – (UFC) – Campus Sobral

Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas (Orientadora) – Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Palavras-chave: Envelhecimento. Integralidade. Promoção da Saúde.

Resumo

O estudo tem como objetivo analisar as produções científicas nacionais abordando a atenção nos serviços de saúde ao indivíduo no seu processo de envelhecer, visto que os programas oferecidos ao idoso nas unidades de saúde, não priorizam uma visão holística, mas apenas patologias específicas da faixa etária. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, na qual para seleção dos artigos foram consultadas quatro bases de dados eletrônicas, Lilacs, CidSaúde, Scielo, Medline e ao total quatro artigos constituíram a amostra. Os materiais analisados apontam as dificuldades que os profissionais enfrentam no dia-a-dia no atendimento ao idoso, observa-se que é muito forte o modelo de atenção biológico, fragmentado, sendo um desafio para saúde pública. Portanto, os profissionais não devem focar seu cuidado ao idoso portador de doenças unicamente, mas atuar em uma perspectiva de promoção, educação, manutenção e recuperação desse ser, respeitando a independência do idoso, o que permite que a assistência se torne qualificada.

Introdução

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial iniciado, a princípio, nos países desenvolvidos. Fatores como a queda da mortalidade, urbanização adequada das cidades, melhoria nutricional, elevação dos níveis de higiene pessoal e ambiental, assim como, os avanços tecnológicos contribuíram para este cenário (SANTOS, 2008).

O aumento da proporção de idosos, seus anos a mais de vida e, em consequência, o uso mais frequente dos serviços de saúde, farão com que os gastos no setor aumentem de forma substancial no Brasil, tornando um dos maiores desafios para a saúde pública (VERAS, 2012). Para vencer esses desafios é importante a implementação de políticas públicas que melhorem a saúde, a segurança e a participação da pessoa idosa, como refere à política de atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento, a necessidade de buscar a qualidade da atenção aos indivíduos idosos por meio de ações fundamentadas no paradigma da promoção da saúde (BRASIL, 2010).

Mediante o que se afirma nas políticas de saúde a população idosa a promoção e a educação em saúde, a prevenção e o retardamento de doenças e fragilidades, a manutenção da independência e da autonomia são iniciativas que devem ser ampliadas. Assim será possível assegurar o bem estar à população como um todo, gerando mais qualidade de vida aos idosos. Porém, não basta apenas a implementação de políticas, é preciso que o setor da saúde esteja preparado para dar respostas nos campos da prevenção e promoção da saúde das pessoas idosas (BRITO, 2013).

Entendendo-se a importância das produções científicas que abordem a promoção a saúde do idoso, de modo a melhorar o atendimento prestado pelos serviços de saúde dessa população, justifica-se a realização de uma revisão integrativa, pois a além de permitir uma interpretação do conhecimento produzido na área, pode contribuir para a melhoria da atenção à saúde do idoso. Assim, o estudo tem como objetivo analisar as produções científicas nacionais abordando a atenção nos serviços de saúde ao indivíduo no seu processo de envelhecer, visto que os programas oferecidos ao idoso nas unidades de saúde, não priorizam uma visão holística, mas apenas a patologias específicas.

Metodologia

Para condução desta investigação, adotou-se a revisão integrativa da literatura. Para elaboração da revisão utilizaram-se as seguintes etapas: seleção da questão norteadora; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão para a seleção da amostra; leitura criteriosa para definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa e interpretação dos resultados, para apresentação da revisão.

Formulou-se a seguinte questão para guiar a revisão integrativa: como se dá a atenção nos serviços de saúde ao indivíduo no seu processo de envelhecer? O levantamento das produções bibliográficas foi realizado no período de 01 a 30 de maio de 2014 e foram utilizados quatro bases de dados: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde); a MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem on-line); o SCIELO (Scientific Eletronic Library Online) e CIDSÁUDE. As estratégias utilizadas para localizar os artigos foram adaptadas, tendo como eixo norteador a pergunta e os critérios de inclusão do estudo.

Os critérios de inclusão dos artigos definidos foram: artigos disponíveis em português, publicados no período de 2010 a 2014 e que abordassem como se dar o atendimento à saúde do indivíduo no processo de envelhecer. Foram excluídos durante a busca: produção duplicada, editoriais, cartas ao editor e boletins epidemiológicos, resumos em inglês, bem como artigos que não abordassem a temática.

Os descritores foram selecionados a partir da terminologia em saúde consultada nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). A busca nas referidas bases de dados foram realizadas a partir dos seguintes descritores: Promoção da Saúde, Envelhecimento, Integralidade.

Na busca inicial, foram encontrados 120 artigos envolvendo as quatro bases de dados, dos materiais selecionados, por meio da leitura dos resumos disponíveis, excluiu-se 116 publicações. Ao final apenas quatro definiram a amostra final da presente revisão.

Utilizamos para a coleta de informações um instrumento proposto por Ursi (2005), que nos possibilitou organizar os artigos da amostra final nos seguintes itens: identificação do artigo original; características metodológicas do estudo; e avaliação do rigor metodológico, das intervenções aplicadas e dos resultados, dentre outras informações.

Os resultados e discussão dos dados foram realizados de forma descritiva e por meio da construção de dois quadros sinóticos contemplando os seguintes aspectos: nome da pesquisa; base de dados; autores; delineamento; resultados e recomendações/conclusões.

Resultados e Discussão

A análise da produção bibliográfica sobre o atendimento nos serviços de saúde ao indivíduo no seu processo de envelhecer resultou em 120 artigos, através do cruzamento dos descritores: Promoção da saúde *and* envelhecimento, integralidade *and* envelhecimento, promoção da saúde *and* integralidade, promoção da saúde *and* integralidade *and* envelhecimento. Destes, foram excluídos 109 por não contemplarem aspectos relevantes à temática da pesquisa, sete por corresponderem a obras duplicadas, restando quatro artigos.

Os artigos selecionados após a análise das bases de dados foram três da SCIELO e um da LILACS, publicados entre os anos de 2009 a 2013.

O artigo 1 busca compreender a atenção à saúde do idoso, realizada pelos enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família, identificando as possíveis dificuldades e como é feita a educação permanente entre os profissionais. Foi elencado que durante a consulta de enfermagem, é importante conhecer o cotidiano do indivíduo para que o cuidado seja oferecido de acordo com as necessidades de saúde do idoso.

Cabe destacar, conforme o material analisado, as dificuldades encontradas pelos profissionais na hora da consulta de enfermagem, muitas vezes é difícil a obtenção de dados fidedignos, pois os mesmos não conseguem repassar as informações com clareza e não estão acompanhados por familiares, por isso a prática de atividades educativas e visita domiciliar é utilizada como estratégias para o enfrentamento destes desafios.

Ainda sobre o material, constatou-se que os cursos, sobre Gerontologia quando realizados, contribuíram para a atuação profissional, mas que infelizmente ainda é escasso esse tipo de formação após a graduação. A Educação Permanente em Saúde possibilita a identificação das necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde e a construção de estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde, fortalecendo o controle social com o objetivo de produzir um impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva da população (CAROTTA *et al.*; 2009).

O artigo 2 também procura compreender como vem sendo realizado o cuidado ao idoso na Unidade de Saúde da Família, porém este se volta mais aos programas de assistência ao idoso. De acordo com o texto, ainda não são realizados programas com um olhar para a saúde do idoso em específico, que atinjam as suas necessidades, somente com o cuidado voltado para a doença já estabelecida, quando, na verdade, esses programas são de extrema importância na qualidade de vida dos mesmos. Políticas e programas de envelhecimento ativo são necessários para permitir que as pessoas continuem a trabalhar de acordo com as suas capacidades e preferências a medida que envelhecem, prevenindo e retardando as incapacidades e as doenças crônicas que são caras tanto para os indivíduos, os familiares e para os sistemas de saúde (BRASIL, 2005).

Dessa forma, como relata o artigo, a falta da aplicação desses programas de assistência, acabam desvalorizando o idoso, o atendimento individualizado em consultas acaba sendo a principal estratégia de cuidado, principalmente para os participantes do Hiperdia.

Talvez o maior problema da maioria dos modelos assistenciais a saúde do idoso seja o foco exclusivo na doença. Mesmo quando se oferece um programa qualificado e inovador, as propostas são voltadas prioritariamente para a redução de uma determinada moléstia, esquecendo que numa doença crônica já estabelecida o objetivo não deve ser a cura, mas o monitoramento e a estabilização do quadro clínico. (VERAS *et al.*; 2013).

Foram elencadas ainda algumas dificuldades que os profissionais encontram na hora do atendimento, como, o aumento da demanda, escassez de tempo, poucos profissionais, ficando em segundo plano quando nos referimos ao cuidado ao idoso. Os profissionais reconhecem ainda que existem dificuldades na abordagem do paciente idoso. Percebem a necessidade de uma atenção que abranja as várias esferas de cuidado, como a educação, promoção da saúde e prevenção de agravos (COUTINHO *et al.*; 2013).

O artigo 3 retrata sobre a complexidade do processo saúde-doença durante o envelhecimento e que o atendimento aos idosos deve ser visto não somente por patologias específicas, mas também por meio de uma associação de fatores biopsicossociais que influenciam de maneira direta na saúde do idoso. O autor retrata ainda que a atenção tem sido orientada e limitada a certos auxílios às necessidades biológicas, saúde física e muitas vezes asilo.

Segundo Rodrigues (1997) *apud* Ciosak *et.al* (2011), o envelhecimento e a doença não podem ser tratados como fatores intimamente dependentes ou interligados, porém existe uma maior vulnerabilidade a adoecer, ou seja, uma predisposição à doença, observando assim as necessidades de atendimentos voltados a promoção da saúde, prevenção de agravos e não unicamente a busca e tratamento de patologias o que faz a estigmatização de que o idoso é um ser doente.

A senescência e a senilidade exigem intervenções dos profissionais de saúde conforme necessidade de cada idoso, sendo o maior desafio na atenção à pessoa idosa contribuir, apesar das progressivas limitações que possa ocorrer, ela possa redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível, para isso é necessário reconhecer a importância e as potencialidades da pessoa idosa, uma vez que muitos são limitados de afazeres por serem idosos (CIOSAK *et.al*, 2011).

Outro aspecto retratado durante o artigo é a questão da sexualidade, onde pouco é abordado durante o atendimento ao idoso e se constatou o despreparo dos profissionais para essa abordagem, levando um aumento dos indicadores das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's), tanto na incidência como no diagnóstico tardio.

A prevenção às DST's e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) nessa faixa etária se torna um desafio para os responsáveis pelas políticas públicas. O preconceito e a dificuldade para estabelecerem medidas preventivas ainda são mais graves do que nos outros segmentos populacionais, por essas razões, são elaboradas poucas campanhas para esse público (MASCHIO *et.al*, 2011).

O reconhecimento dos fatores, que envolvem valores, crenças, comportamentos e práticas da população e dos profissionais de saúde, é essencial para que se compreenda de que forma os sistemas de saúde, e mais especificamente, os processos de trabalho em saúde estruturam-se para o reconhecimento e o enfrentamento das necessidades de saúde da pessoa idosa (CIOSAK *et.al*, 2011).

Assim como o artigo 3, o artigo 4 aborda os desafios de implementar uma política de envelhecimento ativo, bem como as dificuldades enfrentadas no atendimento aos idosos de forma integral que ocorre tanto pelo despreparo por parte da equipe como também devido à escassez de alguns profissionais durante a assistência ao idoso, fazendo uma dissociação do cuidado.

Costa e Ciosak (2010) mostram que apesar das dificuldades encontradas pela equipe, a atenção ao idoso tem ganhado seu espaço e os profissionais de saúde tem se esforçado para atender as necessidades dos idosos, mas que devido a falta de alguns profissionais muitas vezes a atenção se torna ineficaz, pois o problema vai muito além do biológico, sendo necessário uma equipe multiprofissional no cuidado ao idoso.

Os serviços devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades de saúde da população ao qual atendem e deve promover assistência totalizadora do cuidado (MATTOS, 2009). A melhor opção é estruturar modelos que funcionem de modo integrado e consigam dar conta de toda a gama de necessidades. É necessário trabalhar com a lógica de uma linha de cuidado integrando a promoção e a atenção à saúde do idoso em todos os níveis. Esta estratégia é um aprofundamento de práticas preventivas,

objetivando identificar precocemente agravos e fatores de riscos envolvidos na perda da capacidade funcional (VERAS, CALDAS, CORDEIRO; 2013).

O estudo também faz referência sobre a importância da visita domiciliar por parte dos profissionais, na qual permite conhecer as diferentes realidades dos idosos, além de favorecer uma busca ativa dos problemas que os idosos enfrentam no âmbito familiar e que precisam de suporte da equipe de saúde e outros profissionais que constituem a rede de atenção.

O estudo realizado por Diogo Duarte (2010) já enfatizava a importância da visita domiciliar na atenção à saúde do idoso, onde diz que durante a visita domiciliar, a equipe de saúde pode avaliar as necessidades do idoso, de seus familiares e do seu ambiente, bem como realizar um gerenciamento efetivo da saúde do idoso visando à prevenção de agravos através de intervenções precoces sobre situações de risco que possam comprometer a saúde e a capacidade funcional do idoso, de modo a manter sua independência, o convívio familiar e a qualidade de vida pelo maior tempo possível.

Entender a família, o seu espaço social como núcleo básico da abordagem e não mais o indivíduo isoladamente; prestar assistência integral, resolutiva, contínua e de boa qualidade; desenvolver estratégias de intervenção sobre fatores de riscos e de humanização das práticas; estimular a criação de vínculos de compromisso e responsabilidade entre os profissionais de saúde e a comunidade tem sido os maiores desafios na realização do cuidado à saúde do idoso, mas que é essencial na execução de programas e políticas voltados a pessoa idosa.

Conclusão

Na revisão integrativa, foi possível visualizar além do atendimento destinado a pessoa idosa, as dificuldades enfrentadas pelos profissionais em estabelecer políticas e programas eficazes no acompanhamento integral durante essa faixa etária, que por muitas vezes são vistos apenas pela doença, sem levar em consideração outros aspectos que podem afetar a qualidade de vida desse idoso. Entretanto, a maior limitação do estudo pode estar relacionada ao fato de utilizarmos na busca somente os descritores DeCS para recuperar os artigos nas bases eletrônicas, o que pode ter contribuído para que muitos trabalhos não fossem acessados.

Observamos que é muito forte o modelo de atenção biológico, fragmentado, sendo um desafio para saúde pública. Portanto, os profissionais não devem focar seu cuidado ao idoso portador de doenças unicamente, mas atuar em uma perspectiva de promoção, educação, manutenção e recuperação desse ser, respeitando a independência do idoso, o que permite que a assistência se torne qualificada, de maneira a não se ter invasão ou posse.

Nesse sentido, ressaltamos a necessidade de que todos os envolvidos na assistência à saúde do idoso sejam estimulados a repensar sobre o processo de cuidados destinado a essa faixa etária, bem como os modelos de atenção com o propósito de construir um sistema de saúde mais humano, participativo e de qualidade, que contribua efetivamente para a melhoria da vida dos idosos. Ações inovadoras precisam ser aplicadas e colocadas imediatamente em prática, reorganizando os serviços de saúde, com abordagem integral que associe o crescente envelhecimento da população e planejamento de ações destinada a essa mudança demográfica e epidemiológica.

Referências

BRASIL. **MINISTÉRIO DA SAÚDE**. Caderno de atenção domiciliar. Brasília, v. 1. 2012.

BRITO,C.C.B; FREITAS, C.A.L;MESQUITA,K.O;LIMA,G.K. Envelhecimento Populacional e os Desafios para a Saúde Pública: Análise da Produção Científica. **Revista Kairós Gerontologia**,16(3), pp.161-178. Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP.

CAROTTA, F; KAWAMURA,D; SALAZAR,J. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. **Revista Saúde e Sociedade**, v.18, supl.1, 2009.

CIOSAK, S.I; BRAZ,E; COSTA, M.F.B.N.A; NAKANO, N.G.R; RODRIGUES, J; ALENCAR, R.A; ROCHA, A.C.A.L. Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. **Rev. Esc. EnfermUSP**, 2011; 45: 1763-8.

COSTA, M.F.B.N.A; CIOSAK, S.I. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. **Rev. Esc. Enferm USP**, 2010; 44(2): 437-44.

COUTINHO,A.T; POPIM,R.C;CARREGÃS,K;SPIRI,W.C. Integralidade do cuidado com o idoso na estratégia de saúde da família: visão da equipe. **Revista Escola Anna Nery** (impr.)2013 out - dez ; 17 (4): 628 – 637.

DIOGO, M.J.D; DUARTE, Y.A de O. Cuidados em domicilio: conceitos e práticas. In: Freitas, E.V. et. al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. Cap. 92. P 762-767.

MASCHIO, M.B.M; BALBINO, A.P; DE SOUZA, P.F.R, KALINKE L.P. Sexualidade na terceira idade: medidas de prevenção para doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, 2011 set, 32 (3): 583-9.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser definidos. In: Pinheiro R, Mattos R.A, editores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO; 2009. P. 39-64.

SANTOS, Silvana S. et al. Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogeriatrica. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 21, n. 4,2008.

VERAS, R.P; CALDAS, C.P; CORDEIRO, H.A. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2013, 23(4): 1189-1213.

VERAS,P.V. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(10):1834-1840, out, 2012..

Agradecimentos

Agradeço Deus pela força e por me proporcionar esse momento, a minha orientadora professora Dra. Cibelly Aline Siqueira Freitas pelo apoio, a Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), por subvencionar este estudo e a Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES IDOSAS VIVENDO COM HIV/ AIDS

Thais de Oliveira Lopes – Universidade de Fortaleza – Thaisdoliveiralopes@hotmail.com

Luciane Elize de Abreu Lirá – Universidade de Fortaleza

Sadrine Maria EufRASino de Pinho – Universidade de Fortaleza

Luana Ibiapina Cordeiro – Universidade de Fortaleza

Luiza Emilia Oliveira Chaves – Universidade de Fortaleza

Aline Rodrigues Feitoza – Universidade de Fortaleza

Palavras-chave: Qualidade de vida. Idoso com HIV/ Aids. Mulheres idosas com HIV.

Resumo

Introdução: A melhoria na qualidade de vida se dá pelo fato das pessoas idosas se tornarem cada vez mais socialmente ativas e o aumento da melhoria na qualidade de vida está relacionado ao acesso a serviços de saúde, remédios, melhor alimentação, lazer e condições de bem-estar geral. Nesse sentido, com o aumento da população idosa, cresce também o número de casos de pessoas portadoras do HIV entre esta população, comprometendo a qualidade de vida. Sendo as mulheres ainda mais vulneráveis a esse comprometimento da qualidade de vida, devido, entre outros fatores, às diferenças marcantes nos aspectos culturais, sociais e econômicos, que conferem às mesmas oportunidades desiguais na proteção, promoção e manutenção à saúde. **Metodologia:** Tratou-se de revisão integrativa da literatura realizada entre Janeiro à Maio de 2014, utilizando os portais de busca BVS e Google Acadêmico. **Resultados e Discussão:** Assim como a população, a maioria dos profissionais de saúde raramente acredita que as doenças sexualmente transmissíveis atingem indivíduos idosos, resultando assim na demora do diagnóstico correto que o idoso tem o vírus do HIV. As mulheres são mais vulneráveis ao comprometimento da qualidade de vida de indivíduos que vivem com HIV/Aids, devido às diferenças marcantes nos aspectos culturais, sociais e econômicos, que conferem às mesmas oportunidades desiguais na proteção, promoção e manutenção à saúde. Sendo importante um monitoramento e acompanhamento a esses eventos na Atenção Básica. **Conclusão:** É importante o monitoramento e acompanhamento de pacientes idosas com HIV para que diminuir os riscos de alteração na sua qualidade de vida devido a doença, pois a melhoria da qualidade de vida estimula ter uma saúde saudável, distante da zona de risco de piorar seu caso clínico.

Introdução

Nas últimas décadas do século XX houve um aumento da longevidade e a redução das taxas de mortalidade, os quais fizeram mudar o perfil demográfico do Brasil. Fazendo ser necessário investigar sobre a saúde na terceira idade, pois ligeiramente este país deixa de ser “de jovens” e o envelhecimento torna-se questão fundamental para as políticas públicas (CERCEAU; ALVES; GAMA, 2009). Visto que estimativas relatam que até o ano de 2025, conforme dados divulgados pelo Ministério da Saúde, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, o que corresponderá a 15% de sua população (SANTOS; ASSIS, 2011).

A doença causada pelo HIV tem se mostrado uma epidemia multifacetada e de difícil controle. Significando um desses aspectos o crescente e silencioso envolvimento da população com idade igual ou superior a 60 anos, fato que tem se constituindo em uma situação que requer atenção ao cenário nacional (BRASIL, 2010).

Sendo assim, essa epidemia estabelece um grave problema de saúde pública presente no mundo contemporâneo, impondo um olhar, não apenas do ponto de vista biológico, mas que considere os aspectos subjetivos envolvidos no processo saúde-doença (TORRES et al., 2011).

A relevância da pandemia do HIV/Aids pode ser evidenciada pela análise de dados epidemiológicos na qual indicam que desde o primeiro caso conhecido em 1983 até junho de 2013, foram notificados 686.478 casos de Aids no Brasil, sendo 20.605 em pessoas idosas, sendo 812 no Estado do Ceará e destes 255 na capital Fortaleza (BRASIL, 2014).

Nesse sentido, com o aumento da população idosa, cresce também o número de casos de pessoas portadoras do HIV entre esta população. Passando por uma questão cultural e de exclusão que se concentra no preconceito social relacionado ao sexo nesta idade, sendo preciso desmistificar a concepção enraizada na sociedade de que sexo é prerrogativa da juventude e por isso, só o jovem contrai. Porém, não reconhecer os idosos como população vulnerável ao HIV/Aids, sendo um fator contribuinte para o aumento do número de casos de HIV entre as pessoas com 60 anos ou mais (MASCHIO et al., 2011).

A literatura revela que o número de idosos do sexo feminino é maior do que os do sexo masculino, principalmente em idades mais avançadas (ALMEIDA; PATRIOTA, 2009), apontando que o uso dos serviços pelos homens difere daquele feito pelas mulheres, pois os serviços de saúde destinam menos tempo de seus profissionais e oferecem poucas e breves explicações sobre mudanças de fatores de risco para doenças aos homens quando comparado com as mulheres (COUTO et al., 2010). Garantindo assim, melhor qualidade de vida para elas.

O aumento da melhoria na qualidade de vida está relacionado ao acesso a serviços de saúde, remédios, melhor alimentação, lazer e condições de bem-estar geral, bem como os recentes avanços da indústria farmacêutica e da medicina, permitem o prolongamento da vida sexual ativa e tornando as pessoas idosas mais vulneráveis a infecção pelo HIV/Aids (PEREIRA; BORGES, 2010).

Devido as mudanças sexuais, a alta taxa de incidência de idosos com HIV/Aids e o aumento do número de infecção ocorrer no sexo feminino, optou-se por realizar este trabalho com o seguinte questionamento: Qual é a qualidade de vida da mulher idosa com HIV/Aids?

Ao buscar resposta para essa problemática será possível analisar o estilo de vida dessas mulheres, contribuir para a melhoria da qualidade de vida e identificar as principais dificuldades vivenciadas no cotidiano.

Metodologia

Estudo do tipo revisão integrativa da literatura realizada no período de janeiro a Maio de 2014. Realizou-se levantamento bibliográfico em livros, manuais e nas bases de dados (Scielo), (Bireme) e (Google Academico), utilizando os descritores: “qualidade de vida”, “idoso com HIV/ Aids” e “mulheres idosas com HIV” de forma integrada. Utilizou-se como critérios de inclusão: artigos entre 2004 a 2014 que abordassem a temática, publicados disponíveis gratuita, eletronicamente no idioma português e que apresentam texto completo. A análise dos dados extraídos foi realizada na forma descritiva. Por tratar-se de um estudo meramente bibliográfico, o mesmo fica dispensado da submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados e Discussão

A qualidade de vida é influenciada pelo estilo de vida de cada um, porém, não é suficiente viver mais e sim viver melhor, pois o importante é melhorar a qualidade de vida aos anos que se somam.

No idoso a promoção da boa qualidade de vida deve ser vista como um empreendimento de caráter sócio-cultural. A saúde funcional do idoso também tem sido associada com a qualidade de vida, assim como o convívio social, a condição intelectual, o estado emocional e as atitudes perante o indivíduo e o mundo. Porém a capacidade funcional tem atraído atenção crescente, pois o aumento da incapacidade funcional e o aumento do número de doenças crônicas causam declínio na capacidade de manter a autonomia durante a velhice, que tem fortes ligações com a qualidade de vida. (CONTE, 2004).

Alguns idosos imaginam que sua prática de prevenção e cuidado para manter a saúde é suficiente para manter a qualidade de vida. Que os seus conhecimentos e informações são suficientes para viver bem, mas na verdade são incorretos (LAROQUE et al., 2011).

Assim como em qualquer outra doença crônica, na Aids é fundamental haver uma influência mútua entre o cliente/ cuidador e a equipe multiprofissional, de forma a favorecer que a complexidade que envolve a continuidade do tratamento possa ser devidamente compartilhada (COLOMBRINI; LOPES; FIGUEIREDO, 2005).

A maioria dos profissionais de saúde raramente acredita que as doenças sexualmente transmissíveis atingem indivíduos idosos, seja por julgamentos próprios, ou por concepções errôneas, em função de crenças sobre a sexualidade e a vulnerabilidade ao HIV nesta faixa etária, retardando ou até mesmo impedindo o diagnóstico (PEREIRA; BORGES, 2010).

As equipes de saúde ainda têm dificuldades na abordagem das questões relativas à sexualidade, a fim de atender necessidades específicas dos grupos populacionais mais vulneráveis ao HIV, tornando os componentes da prática de aconselhamento como a troca de informações, avaliação de vulnerabilidades e riscos e apoio emocional permanecem compondo a ação (BRASIL, 2007).

A problemática em relação aos profissionais em conversar e discutir sobre a sexualidade do idoso é muito clara, pois o conhecimento e o comportamento sobre a doença é em geral tratada de uma forma que excluem os idosos, e dão foco maior ao restante da população. Nessa população específica o assunto é sempre tratado com menor atenção, pois a preocupação deles é muito precária com a anticoncepção, então faz-se necessário uma conscientização pela equipe de saúde considerar que os idosos possuem uma vida sexual ativa sendo uma realidade, bem como manter medidas sócio educativas e preventivas sobre DST/Aids (LAROQUE et al., 2011).

Fisiologicamente o idoso possui alterações de seu estado imunológico, o que o predispõe a mais riscos de contrair infecções ou até mesmo de ter dificuldades para combater aos agentes agressores. Devido a isso o idoso portador do vírus da Aids tem achados clínicos e laboratoriais semelhantes aos da imunodeficiência congênita combinada grave (deficiência de imunidade celular e humoral) e também da imunossupressão secundária à utilização de drogas imunossupressoras (ANDRADE; SILVA; SANTOS, 2010).

As mudanças naturais no processo de envelhecimento entre as mulheres, como estreitamento vaginal, diminuição da elasticidade e das secreções vaginais e o desgaste das paredes vaginais, são situações que favorecem o risco de infecção pelo HIV durante as relações sexuais, sendo esta uma situação que, associada à percepção de risco, pode conduzir um número maior de mulheres idosas a adquirirem a doença (ANDRADE; SILVA; SANTOS, 2010).

As mulheres no período pós-menopausa, hoje em dia, já não se preocupam com a anticoncepção, pois não existe um incentivo a aderirem o uso do preservativo, logo a grande maioria continue uma vida sexualmente ativa. Existem alguns fatores que influenciam nessa dificuldade de usar o preservativo pelo casal, são: o próprio período pós reprodutivo, a falta de abertura com o parceiro, falta de reconhecimento das vias de transmissão do HIV, a percepção diminuída do risco pela infecção devido a confiabilidade da mulher no relacionamento aparentemente estável (LAROQUE et al., 2011).

As mulheres são mais vulneráveis ao comprometimento da qualidade de vida de indivíduos que vivem com HIV/Aids, essa vulnerabilidade feminina refere-se, entre outros fatores, às diferenças marcantes nos aspectos culturais, sociais e econômicos, que conferem às mesmas oportunidades desiguais na proteção, promoção e manutenção à saúde. A desigualdade do papel social entre o homem e a mulher influenciou e ainda influencia negativamente, na qualidade de vida de mulheres vivendo com o HIV/Aids. A convivência com o HIV/Aids leva as mulheres a vivenciarem sintomas variados, o que provoca mudanças em seu cotidiano e estilo de vida, deixando de fazer o que antes era rotina e lazer e passando a não viver com tanta intensidade como antes (GASPAR et al., 2011).

Sendo importante um monitoramento e acompanhamento a esses eventos na Atenção Básica e nos serviços especializados, uma vez que as pessoas idosas com HIV/Aids têm demandas específicas que devem ser consideradas importante para que aja melhor entendimento nos efeitos colaterais do tratamento e abordar também sobre a sexualidade (ANDRADE; SILVA; SANTOS, 2010).

Conclusão

Culturalmente os profissionais de saúde ainda demoram a aceitar que o idoso não é um ser assexuado e também são vulneráveis ao HIV/Aids, o que causa a demora no diagnóstico, e conseqüentemente o comprometimento na sua qualidade de vida.

É importante o monitoramento e acompanhamento de pacientes idosos com HIV para que diminuir os riscos de alteração na sua qualidade de vida devido a doença, pois a melhoria da qualidade de vida estimula ter uma saúde saudável, distante da zona de risco de piorar seu caso clínico.

Referências

ANDRADE, H.A.S.; SILVA, S.K. da; SANTOS, M.I.P.O. **Aids em idoso: vivência dos docentes**. Esc Anna Nery (impr.)2010 out-dez; 14 (4):712-719.

ALMEIDA, L.A. de; PATRIOTA, L.M. **Sexualidade na terceira idade: um estudo com idosas usuárias do programa saúde da família do bairro das cidades – Campina Grande/PB**. Qualit@s **Revista Eletrônica** ISSN 1677 4280 Vol.8. No 1 (2009).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coordenação Nacional de DST e AIDS**. Dados de AIDS [Internet]. Brasília (DF); 2009 [citado 2010 jan 20]. Disponível em <http://www2.aids.gov.br/cgi/tabcgi.exe?tabnet/br.def>.

BRASIL. Ministério da saúde. **Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais**. Aids. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/tabulacao-de-dados>>. Acesso em 8 de Mar. de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de DST/AIDS**. Boletim Epidemiológico AIDS/DST. Brasília-DF: 2007. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS1D4E2FEBPTBRIE.htm#>

CERCEAU, J.S.B.; ALVES, C.F.T.; GAMA, A.C.C. **Análise acústica da voz de idosas**. **Rev. CEFAC**. 2009 Jan-Mar; 11(1):142-149.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P.A. e SILVA, R. da. **Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

COLOMBRINI, M.R.C.; LOPES, M.H.B.M.; FIGUEIREDOS, R.M. de. **Adesão à terapia antirretroviral para HIV/AIDS**. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 2006; 40(4):576-81. www.ee.usp.br/reeusp/.

CONTE, E.M.T. **Indicadores de qualidade de vida em mulheres idosas**. 2004.136f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - e Pós-graduação em Educação Física, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

COUTO, T.M. et al. **O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero**. **Interface – Comunic, Saude, Educ.**, v.14, n.33, p.257-70, abr./jun. 2010.

GASPAR, J.E. et al. **Qualidade de vida de mulheres vivendo com HIV/ aids de um município do interior paulista**. **Rev. Esc. Enferm., USP**, v.45, n. 1, p. 230 - 2366, 2011 www.ee.usp.br/reeusp/.

LAROQUE, M.F. et al. **Sexualidade do idoso: comportamento para prevenção de DST/AIDS**. **Rev. Gaucha Enferm. Porto Alegre (RS)**, v. 32, n. 4, p. 774-780, 2011.

MASCHIO, M.B.M. et al. **Sexualidade na terceira idade: medidas de prevenção para doenças sexualmente transmissíveis e AIDS**. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, RS. v. 32, n.3, p.583-589, 2011.

PEREIRA, G.S.; BORGES, C.I. **Conhecimento sobre HIV/ AIDS de participantes de um grupo de idosos**. Anápolis, GO. Esc Anna Nery (impr.),; v.14, n. 4, p. 720-725, out/dez. 2010.

TORRES, C.C. et al. **Representações sociais do HIV/AIDS: buscando os sentidos construídos por idosos**. **R. Pesq.: cuid. Fund.** 2010. dez. (Ed. Supl.): 121 - 128

Agradecimentos

A FUNCAP, pelo financiamento desse projeto através do edital PPSUS 03/2012 e bolsa de Iniciação Científica (PIBIC-FUNCAP).
Ao CNPQ pela concessão de bolsa de iniciação científica (PIBIC-CNPQ).

PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO: ENFOQUE LITERÁRIO DE UM TEMA EMERGENTE

Nahadja Tahaynara Barros Leal – Universidade Federal de Campina Grande –nahadja@gmail.com;
Camila Mendes da Silva – Universidade Federal de Campina Grande
Julianne Naziazeno de Lima – Universidade Federal de Campina Grande
Suzana Pereira Cardoso da Silva – Universidade Federal de Campina Grande
Rejane Maria Paiva de Menezes – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Jank Landy Simôa Almeida (Orientador) – Universidade Federal de Campina Grande

Palavras-chave: Idoso. Envelhecimento. Saúde do Idoso. Promoção da Saúde. Qualidade de Vida.

Resumo

O estudo objetivou analisar as publicações científicas existentes acerca da promoção da saúde da pessoa idosa e sua qualidade de vida. Constatou-se que no ano de 2011 houve uma maior quantidade de publicações a respeito do tema, com total de 40%, seguido por 2010 (36,6%), 2013 (10%), 2012 e 2009 (6,6%). As temáticas mais abordadas na amostra considerada foram: Promoção da Saúde, Qualidade de vida e Envelhecimento. É considerável a necessidade de que os profissionais de saúde invistam em pesquisas apropriando-se desta temática, pois trabalhar e pesquisar em função da melhoria da qualidade de vida desta parcela da população, significa, antes de tudo, otimizar anos de vida e a forma de se vivenciar esse tempo; além disto considera-se importante a potencial prevenção de fatores agressores a saúde do idoso como conduta mister para promoção da saúde.

Introdução

O envelhecimento é um fenômeno universal que ocorre de forma única e diferencial em cada ser humano suas manifestações ocorrem gradualmente, de forma dinâmica e progressiva, acarretando alterações físicas e psicológicas naturais do idoso (SOUZA; LAUTERT; HILLESHEIN, 2011).

Conforme Tavares; Dias, (2012) envelhecer é ponderado atualmente em nossa sociedade como sinônimo de enfermidade, visto que com o aumento da população idosa observa-se a crescente incidência de doenças crônico-degenerativas que podem por conseguinte estarem acompanhadas de sequelas, que limitam o desempenho funcional para exercer atividades da vida diária (AVD) e geram dependência. Para Vicente; Santos (2013) o estado de saúde possui um forte impacto na qualidade de vida dos idosos, sendo que um indivíduo só será considerado saudável quando é capaz de realizar suas AVD, sozinhos de forma independente e autônoma, mesmo acometido por doenças ou agravos.

O grupo de Qualidade de Vida da OMS, sob a coordenação de John Orley, definiu qualidade de vida como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações"(SILVA, et al., 2014). Observa-se que o conceito é subjetivo não devendo ser relacionado apenas com as boas condições econômicas, de moradia e estado de saúde.

Em anos recentes, a promoção do envelhecimento saudável foi assumida como propósito basilar da Política Nacional de Saúde do Idoso no Brasil e compreende o desenvolvimento de ações que orientem os idosos e os indivíduos em processo de envelhecimento quanto à importância da melhoria constante de suas habilidades funcionais, mediante a adoção precoce de hábitos saudáveis de vida e a eliminação de comportamentos nocivos à saúde(TAVARES; DIAS, 2011).

Diante do exposto e considerando a importância do tema na atualidade para os profissionais da saúde, o presente estudo teve como objetivo analisar as publicações científicas existentes acerca da promoção da saúde da pessoa idosa e sua qualidade de vida.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa aplicada, descritiva, exploratória de revisão integrativa da literatura, com abordagem quanti-qualitativa, realizada entre os meses de julho e agosto de 2014.

A coleta de dados transcorreu a partir de triagem bibliográfica controlada na base de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando-se como descritores os termos "Idoso", "Envelhecimento", "Saúde do Idoso", "Promoção da Saúde" e "Qualidade de Vida", interligados pelo operador booleano "and".

Definiram-se como critérios de inclusão: documentos completos disponíveis online pertinentes ao tema em estudo, textos escritos em português e inglês, publicados entre os anos 2009 a 2013.

Foram identificadas 41 publicações indexadas, das quais após leituras flutuantes e análise inicial dos artigos foram excluídos 11 documentos que não condiziam com os critérios propostos para seleção e o objetivo do presente estudo. Compuseram a amostra final 30 artigos científicos e para discussão dos dados adotou-se a análise descritiva por inferência científica.

Resultados e Discussão

Constatou-se que no ano de 2011 houve uma maior quantidade de publicações a respeito do tema, com percentil de 40% (frequência), seguido por 2010 (36,6%), 2013 (10%), 2012 e 2009 (6,6%).

Tratando-se das regiões do país em que foram publicadas as pesquisas, a região sudeste apresentou um maior número de resumos nos eventos analisados, seguida da região sul, conforme descrito na tabela 1.

Tabela 1- Distribuição dos artigos selecionados como amostra da pesquisa referentes ao local de publicação.

Regiões	n	%
Norte	0	0,0
Nordeste	3	10,0
Centro-oeste	7	23,0
Sul	6	20,0
Sudeste	14	47,0
Total	30	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

As temáticas mais abordadas na amostra em estudo relacionadas a população idosa foram: Promoção da Saúde (46%), Envelhecimento (34%) e Qualidade de vida (20%).

No tocante à promoção da saúde os trabalhos científicos descrevem ações de promoção da qualidade de vida através de rodas de conversa, nas quais se estimulam os idosos à reflexão e a produção coletiva sobre temas relacionados à saúde, qualidade de vida e o envelhecimento ativo.

Referindo-se à qualidade de vida, as pesquisas mostram que os idosos valorizam a independência e autonomia na realização de suas atividades e atribuem uma vida saudável a comportamentos adequados em relação aos cuidados com a saúde, destacando as atividades de lazer e os bons relacionamentos como imprescindíveis para satisfação com a vida (TAHAN; CARVALHO, 2010).

As pesquisas também revelaram que os melhores exemplos de efetivação de boa/ótima qualidade de vida estão entre idosos mais jovens, brancos, com oito ou mais anos de estudo, que possuem companheiro/a, que não moram sozinhos, seguem uma religião específica e exercem atividades remuneradas, não sendo aposentados (FALLER et al., 2010).

Já com relação ao envelhecimento as publicações apontam a referida temática como uma conquista da humanidade que ocorreu em função de avanços sociais, políticos e tecnológicos (TAVARES; DIAS, 2012).

Acentua-se também sobre a responsabilidade das políticas públicas e o cuidado por parte do profissional de saúde para com os idosos com o objetivo atender a necessidade de saúde do idoso, que deve se ter sensibilidade para compreendê-lo em seu contexto sociocultural e fortalecer a responsabilização e o entendimento de sua condição limitante, assim como de suas potencialidades (CIOSAK et al., 2014).

Conclusão

A pesquisa revelou uma produção científica emergente, porém ainda escassa acerca da temática

Promoção da saúde e qualidade de vida da pessoa idosa. É considerável a necessidade dos profissionais de saúde investirem em pesquisas nessa temática visando a otimização da qualidade de vida desta parcela da população, que tende a crescer nos próximos anos. A equipe de saúde tem como uma de suas responsabilidades pensar e planejar ações de promoção, possibilitando orientações, suporte informal e familiar que atendam às necessidades específicas do idoso.

Infere-se contudo que a promoção de um envelhecimento saudável começa de forma precoce, nas faixas etárias mais diversas, pois o reflexo futuro dos cuidados com a própria saúde será satisfatório e otimizado.

Referências

CIOSAK, Suely Itsuko et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. spe2, Dec. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000800022&lng=en&nrm=iso>. acessos em 29 jul 2014.

FALLER, Jossiana Wilke et al. Qualidade de vida de idosos cadastrados na estratégia saúde da família de Foz do Iguaçu-PR. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, Dec. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000400021&lng=en&nrm=iso>. acessos em 11 ago. 2014.

SILVA, Patrícia Aparecida Barbosa et al. Cut-off point for WHOQOL-bref as a measure of quality of life of older adults. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 3, jun. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000300390&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 ago. 2014.

SOUZA, Luccas Melo de; LAUTERT, Liana; HILLESHEIN, Eunice Fabiani. Qualidade de vida e trabalho voluntário em idosos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, jun. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300017&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 jul. 2014.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde³⁸³

TAHAN, Jennifer; CARVALHO, Antonio Carlos Duarte de. Reflexões de idosos participantes de grupos de promoção de saúde acerca do envelhecimento e da qualidade de vida. **Saude soc.**, São Paulo , v. 19, n. 4, dez. 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000400014&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 ago. 2014.

TAVARES, Darlene Mara dos Santos; DIAS, Flavia Aparecida. Distribuição espacial de idosos de acordo com menores escores de qualidade de vida. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 20, n. spe, 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000500026&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 11 ago. 2014.

TAVARES, Darlene Mara dos Santos; DIAS, Flavia Aparecida. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 21, n. 1, mar. 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000100013&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 14 jul. 2014.

VICENTE, Fernanda Regina; SANTOS, Silvia Maria Azevedo dos. Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um município de Santa Catarina. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 22, n. 2, jun. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200013&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 15 jul. 2014.

Agradecimentos

Não se aplica.

PROMOÇÃO DA SAÚDE EM CENTRO EDUCACIONAL DE JOVENS E ADULTOS PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA.

Rodrigo Jacob Moreira de Freitas (apresentador) – Universidade Potiguar – UNP/ Universidade Estadual do Ceará/UECE. Email: rodrigojmf@gmail.com.br

Sibele Lima da Costa – Universidade Potiguar – UNP

Rúbia Mara Maia Feitosa – Universidade Potiguar – UNP

Renata Jackeline Moreira de Freitas – Universidade Potiguar – UNP

Ms. Kalyane Kelly Duarte de Oliveira – Universidade Potiguar – UNP

Dr^a Ana Ruth Macedo Monteiro (Orientador) – Universidade Estadual do Ceará – UECE

Palavras-chave: Promoção da Saúde. Educação em Saúde. Violência.

Resumo

Objetiva-se relatar uma experiência de promoção da saúde com grupo de jovens do Centro Educacional de Jovens e Adultos (CEJA) do Município de Mossoró/RN, como uma possibilidade de enfrentamento à violência. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência. O relato envolve as experiências com os alunos do 7º período da Universidade Potiguar – UNP, campus Mossoró/RN, durante a construção do Projeto Interdisciplinar – PROINTER de 2014.1. O PROINTER é uma proposta institucional que objetiva a elaboração e execução de projetos interdisciplinares de intervenções. Os alunos foram à campo ter contato com a realidade, retornaram para os momentos de discussão dos “nós críticos”, teorizando sobre o problema e elaborando a proposta de intervenção. Teve como público-alvo os alunos de 6º à 9º ano do CEJA. A intervenção foi pensada em três momentos: exibição do Filme “Tropa de Elite” para introduzir a discussão; aberto espaço para discussão e trocas de experiências onde os jovens puderam relatar situações de violência já vivenciados; exposição de dados sobre a violência, por meio de cartazes e material multimídia, trazendo as consequências da violência para saúde da população, em específico, da população jovem. Apontamos a necessidade dos profissionais de saúde se apropriarem dos instrumentos da promoção à saúde para que esta sirva como dispositivo de mudanças nos perfis de saúde da população, redefinição dos modos de se trabalhar e pensar a saúde na comunidade na perspectiva do cuidado integral, bem como uma consequente melhoria da qualidade de vida e redução da violência na sociedade.

Introdução

A violência é reconhecida como questão social e de saúde pública, tanto no plano nacional como internacional, por acarretar riscos físicos, mentais e sociais, consiste na violação de direitos, com expressões variadas em diferentes contextos. Para seu controle não basta apenas apelos aos sentidos de responsabilidades ética e social dos indivíduos, mas sim, de uma redefinição desses sentidos, do ponto de vista moral e legal (COUTO, 2006). É considerada na prática, como ações humanas de indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam a morte de outros seres humanos ou que afetam sua integridade física, moral mental ou espiritual (SOUZA, 1998).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), a violência configura-se como o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

É importante compreender que ela não se restringe a agressões, inclui qualquer ato sobre a vida das pessoas e as regras de convívio. Ela interfere na sociedade, prejudica a qualidade das relações sociais, desgasta a qualidade de vida das pessoas e culmina em sofrimento. Tornou-se uma questão social e de saúde pública, tanto pelas consequências sociais como pelos gastos no atendimento às vítimas pelo setor de saúde, com impacto negativo em anos potenciais de vida perdidos.

Para Castro (2011) a violência classifica-se em psicológica, física, sexual. A violência psicológica é uma situação percebida nos relatos de onde há disciplina mental abusiva, chegando à prática de ameaças e humilhações. A violência física ocorre quando uma pessoa que desempenha relação de poder sobre a outra causa, ou tenta causar, dano não acidental, por meio do uso da força física ou de algum tipo de arma que pode provocar ou não lesões externas, internas ou ambas. A violência sexual compreende uma variedade de atos ou tentativas de relação sexual sob coação ou fisicamente forçada, no casamento ou em outros relacionamentos. Como sexual, exibicionismo, incitação sexual, penetração, exploração sexual comercial e turismo sexual.

No que diz respeito à população jovem, a violência tem representado uma das principais causas de morbimortalidade. Essa realidade tem se tornado mais presente em países periféricos e em desenvolvimento, como o Brasil, principalmente, se considerar a questão social da desigualdade e da insuficiência das políticas públicas sociais. A estrutura política, econômica e social interfere na vulnerabilidade dos países à violência, a qual se apresenta multifacetada e formalmente diferenciada na população, e nos diversos espaços públicos e privados (SOUZA; SANTANA, 2009).

Com isso, a violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países. O setor Saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 1994, p. 5).

Diante da problemática da violência, acredita-se que para seu enfrentamento é necessário intervenções interdisciplinares, pautadas pelo trabalho coletivo, e com ações promovidas por um conjunto de instituições atuando de modo coordenado. Esse enfrentamento da violência no campo da saúde precisa ir além do atendimento às vítimas violentadas, caminhando na perspectiva do cuidado integral. Deve-se trabalhar principalmente na elaboração de estratégias de prevenção que promova qualidade de vida e saúde.

Dessa forma, este trabalho tem o objetivo de relatar uma experiência de promoção da saúde com grupo de jovens do Centro Educacional de Jovens e Adultos do Município de Mossoró/RN, como uma possibilidade de enfrentamento à violência.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência. O relato envolve as experiências durante o processo de ensino-aprendizagem com os alunos do 7º período da Universidade Potiguar – UNP, campus Mossoró/RN, durante a construção do Projeto Interdisciplinar – PROINTER de 2014.1.

O PROINTER é uma proposta institucional que objetiva a elaboração e execução de projetos de intervenções apoiadas no conceito de Interdisciplinaridade, servindo de exercício para os alunos pensarem estratégias em saúde que articulem as disciplinas trabalhadas no período.

As atividades foram planejadas a partir da estratégia metodológica do Arco do diagrama, do Método do Arco de Magueres, apresentado por Bordenave e Pereira (1982) apud Colombo (2007), que baseia-se nos seguintes movimentos: observação da realidade, discussão de pontos-chave, teorização da problemática encontrada na realidade, construção de hipóteses de solução e aplicabilidade à realidade.

Dessa forma, os alunos foram à campo ter contato com a realidade, retornaram para os momentos de discussão dos “nós críticos” em sala de aula, teorizando sobre o problema e elaborando a proposta de intervenção, que ocorreu no Centro Educacional de Jovens e Adultos, localizado no Município de Mossoró/RN à Rua Dom João Costa, após a apresentação prévia do projeto ao diretor escolar. A violência apareceu como um problema social comum entre os jovens e serviu como tema-alvo da intervenção que teve como público-alvo os alunos de 6º à 9º ano, que se enquadram em uma faixa etária de 16 à 20 anos.

Resultados e Discussão

No mundo, estatísticas revelam que, a mortalidade por causas externas em 2010 representa o patamar de 53,2%, numa faixa etária de 1 a 19 anos. No estado do Rio Grande do Norte, a mortalidade por causas externas em 2010 é de 31,4%, e isto impulsionado exclusivamente pelos municípios do interior. (WASELFISZ, 2012).

Dados do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes -VIVA e Sistema de Informação de Agravos de Notificação -SINAN, no que se refere as notificações de violência doméstica, sexual e outras violências, revelaram que no sexo masculino a faixa etária mais acometida foi a de 0 a 9 anos (25,2%), seguida das idades de 15 a 19 anos (19,2%). Quanto ao sexo feminino, a maior proporção de ocorrência de violência por faixa de idade foi observada naquelas de 20 a 29 anos (24,4%) e 30 a 39 (18,9%). Quanto ao tipo de violência, a negligência foi o mais comum (43,1%) em crianças menores de 10 anos, seguido da violência física (33,3%). No que se refere ao provável autor da agressão, a mãe apareceu em mais de 36% dos casos notificados. A violência física (65,3%) foi o tipo de violência mais comum na faixa etária de 10 a 19 anos de idade, e o provável autor da agressão (20,0%) um amigo ou conhecido (BRASIL, 2013).

No município de Mossoró-RN em 2013 aconteceram 182 homicídios. No ano de 2012 ocorreram 143, em 2011 foram 191, em 2010 foram 141, em 2009 foram 103, em 2008 foram 118, em 2007 foram 87 e em 2006 foram 53, observa-se o aumento crescente do número de homicídios em Mossoró no decorrer dos anos (ALVES, 2013).

Diante dessas estatísticas alarmantes, a intervenção foi pensada em três momentos para a conscientização dos jovens e adultos no intuito de minimizarem a violência à qual muitos estão submetidos. Como estratégia para se trabalhar com o público alvo, foi utilizado o “Cinema Popular” com a exibição do Filme “Tropa de Elite” para introduzir a discussão da temática conduzida pelo grupo de alunos, onde tivemos a participação e atenção dos jovens, que utilizaram o filme como base para se pensar a violência na sociedade, já que o mesmo aborda questões relacionadas como corrupção, criminalidade, violência física, drogas, homicídio.

Essa estratégia vem reforçar a importância de se promover saúde a partir da contextualização dos modos de vida dos sujeitos ali envolvidos por meio do uso do filme, pois a promoção da saúde é compreendida como atividades dirigidas à transformação do estilo de vida dos indivíduos, agindo como reforço da capacidade de ação dos indivíduos e das comunidades em prol da sua saúde.

A promoção da saúde, por meio de ações educativas, pode gerar autorresponsabilidade, adoção de um estilo de vida saudável, redução dos fatores de risco, redução dos sintomas da doença crônica e promoção da qualidade de vida. Observamos a importância do enfermeiro na viabilização das práticas de promoção da saúde, nas quais a relação ensino/serviço/comunidade nos instrumentalizam para a superação do modelo biomédico e hegemônico no cenário das práticas de saúde (OLIVEIRA, E.S.; OLIVEIRA, C.R.; OLIVEIRA, R.C.; et al., 2014).

Como segundo momento, após o filme, foi aberto o espaço para discussão e trocas de experiências onde os jovens puderam relatar situações de violência já vivenciados, em casa, no ambiente de trabalho, na própria escola e na rua. Neste sentido, a violência pode causar sérios danos às vítimas, pois podem ocorrer sequelas físicas, psicológicas e morais, resultantes do medo de agressões tanto físicas quanto verbais. Esse momento foi rico pela interação e envolvimento dos sujeitos, que demonstraram a necessidade de se mudar a realidade da violência em seu entorno.

Como último momento pensado para a intervenção, o grupo de alunos expuseram dados sobre a violência no País, Estado e Município, por meio de cartazes e material multimídia, trazendo as consequências da violência para saúde da população, em específico, da população jovem. Percebe-se a educação em saúde como uma possibilidade de se trabalhar a problemática da violência nos diversos espaços.

Entende-se a Educação em Saúde como um meio de prevenção à violência, uma vez que se trata de um conjunto de saberes e práticas orientadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde (ALVES, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS) A educação em saúde é definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social dos indivíduos e grupos, estes devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde é entendida a partir de um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é vista como responsabilidade exclusiva do setor saúde, vai além de um estilo de vida saudável, em direção a um bem-estar global (BRASIL, 2001).

Assim, promover saúde significa uma estratégia de comum articulação entre gestão, assistência e população na qual se enaltecem os fatores que colocam a saúde da população em risco, os territórios e culturas presentes nos diferentes espaços geográficos brasileiros, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, como a violência, e incorpore a participação social no desenvolvimento das ações de saúde, dando ênfase ao empoderamento social como fator determinante para a redução dos agravos à saúde (OLIVEIRA, E.S.; OLIVEIRA, C.R.; OLIVEIRA, R.C.; et al., 2014).

Conclusão

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde ³⁸⁶

A violência apresenta-se de variadas formas, e diversos fatores colaboram para aumentar a violência, tais como urbanização, conflitos étnico-religiosos, política, banditismo. As causas da violência são associadas, em parte, a problemas sociais como miséria, fome, desemprego. A falta de políticas públicas direcionadas ao combate da violência se reflete nos alarmantes indicadores, além disso, um estado ineficiente e sem programas eficazes de políticas públicas de segurança, contribuem para aumentar a sensação de injustiça e impunidade, que estão entre as principais causas da violência.

Tendo em vista a necessidade da conscientização da população a respeito da necessidade de minimização da violência, busca-se através da presente intervenção fazer uma alerta quanto aos riscos físicos, psíquicos, sociais, causados por qualquer tipo de violência.

Além disso, foi possível gerar uma discussão voltada para a realidade encontrada por esses jovens, que segundo relatos, presenciam diariamente atos de violência, fato relacionado aos fatores socioeconômicos. O trabalho proporcionou um maior conhecimento acerca do assunto, possibilitando assim a disseminação de saberes e aprendizado mútuo. Espera-se ainda que todos os envolvidos reconheçam a violência como um problema de saúde pública em que todos podem ser cooperativos para uma cultura de paz, em uma sociedade mais harmônica.

Apontamos ainda a necessidade dos profissionais de saúde se apropriarem dos instrumentos da promoção à saúde para que esta sirva como um dispositivo de mudanças nos perfis de saúde da população, redefinição dos modos de se trabalhar e pensar a saúde na comunidade na perspectiva do cuidado integral, bem como uma consequente melhoria da qualidade de vida e redução da violência na sociedade.

Referências

ALVES, C.. **Jornaldefato**. 26 de maio de 2013. Acessado em 06 de maio de 2014 às 10:00: [http://defato.com/blog/retrato-do-oeste/2013/05/26/os-314-homicidios-em-mossoro-de-2011-a-2013-e-a-solucao-possivel].

ALVES, V. S.. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial**. Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Volume 43 No 1, 2013.

CASTRO, M.L.; CUNHA, S.S.; SOUZA, D.P.O. Comportamento de violência e fatores associados entre estudantes de Barra do Garças, MT.**Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.45, n.6, set./dez. 2011.

COLOMBO, A. A.; BERBEL, N. A. N.. A Metodologia da Problemática com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. Semina: **Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 28, n. 2, p. 121-146, jul./dez. 2007.

COUTO, M. T.; OLIVEIRA, A. F. P. L. de; SCHRAIBER, L. B.. **Violência e saúde: estudos científicos recentes**. Rev Saúde Pública 2006;40(N Esp):112-20.

OLIVEIRA ES, OLIVEIRA CR, OLIVEIRA RC et al. POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E A PRÁTICA DE ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA. **Rev enferm UFPE on line**., Recife, 8(3):735-41, mar., 2014.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Violência y salud: resolución no XIX**. Washington, 1994.

SOUZA, E. R. de; MINAYO, M. C. de S.. **Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva**. NOV. 1997-FEV. 1998.

SOUZA, M.K.B.; SANTANA, J.S.S. Atenção ao adolescente vítima de violência: participação de gestores municipais de saúde.**Ciência & Saúde Coletiva**, 14(2):547-555, 2009.

WASELFISZ, J. J.. **Mapa de violência 2012 crianças e adolescentes do Brasil**. 1º edição. Rio de Janeiro, 2012.

Agradecimentos

Agradecemos à Universidade Potiguar-UnP como Instituição formadora, à Universidade Estadual do Ceará – UECE, em especial o Programa de Pós Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde – PPCCLIS, aos alunos do 7º período envolvidos no projeto de Intervenção, e aos sujeitos público-alvo da intervenção pela participação e possibilidade da construção do trabalho.

PROMOÇÃO DA SAÚDE DO HOMEM E CUIDADOS DE ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Nalma Alexandra Rocha de Carvalho- Universidade Federal do Piauí-UFPI
Giselle Mary Ibiapina- Universidade Federal do Piauí-UFPI
Tamara Ravena Gonçalves Ferreira- Universidade Federal do Piauí-UFPI
Maria Danielly Lemos de Sousa- Universidade Federal do Piauí-UFPI
Dra. Elaine Cristina Carvalho Moura- Universidade Federal do Piauí-UFPI

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

Resumo

Segundo o Ministério da Saúde, os agravos na saúde do sexo masculino são, atualmente caracterizados como verdadeiros problemas de saúde pública. A promoção da saúde visa implementar políticas e programas que melhorem as condições de saúde da população tendo a educação como desencadeador de modificação de agravos. O trabalho em questão tem como objetivos descrever temáticas e fornecer padrões de elaboração de roteiros ou cenários para produção de vídeos educativos e técnicos em saúde do homem. Trata-se de um relato de experiência feito a partir de atividades realizadas no decorrer do Programa Jovens Talentos para a Ciência, incluso em um macroprojeto de extensão. Realizou-se um consolidado de informações a partir de busca ativa através da aplicação de questionários com homens e profissionais de saúde e um elenco de estudos publicados entre 2010 e 2014 nas bases de dados: Medline, CINAHL e LILACS selecionados através de critérios de inclusão. Observou-se que a opção por atividades com materiais educativos aliada ao conhecimento passado pelos profissionais é de suma importância na formação da mudança de mentalidade dos homens. Tendo em vista que os profissionais da enfermagem tem importante papel na mudança dessa realidade, é fundamental a implementação de ações como a produção de vídeos educativos para assim reverter o quadro de vulnerabilidade dessa população aos agravos da saúde.

Introdução

A promoção da saúde tem por objetivo provocar mudanças de comportamento, motivar ações capazes de trazer benefícios e promover o bem estar da sociedade. Visa implementar políticas e programas que melhorem as condições de saúde da população tendo a educação como desencadeador de modificação de agravos como as problemáticas de saúde pública (LEITE; *et al*, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde, os agravos na saúde do sexo masculino são, atualmente caracterizados como verdadeiros problemas de saúde pública. Tendo em vista o conhecimento de tal informação, criou-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Esta aliada com a Política Nacional da Atenção Básica tem o papel de promover ações que contribuam para atender as necessidades da saúde masculina em seus diversos contextos (BRASIL, 2008).

No século atual a promoção da saúde adquire importante papel sócio-econômico e cultural, devido ao fato de os indivíduos do sexo masculino, tendo sobrecarga de execução de tarefas, acabarem por postergar sua qualidade de vida e o próprio bem estar (LEITE; *et al*, 2010).

O presente estudo e as demais produções desenvolvidas no macroprojeto “Práticas de Enfermagem na promoção da saúde da criança, do homem e do idoso: arte, simulação e tecnologia - Segunda Etapa”, trouxeram a seguinte questão norteadora: “A utilização de simulação de práticas clínicas na produção de vídeos educativos e técnicos para saúde do homem são alternativas efetivas para educação em saúde da comunidade e profissionais?” (BORDENAVE; PEREIRA, 2008).

O trabalho em questão tem como objetivos relatar a experiência de um bolsista do programa Jovens Talentos para a ciência em um projeto que visa descrever temáticas de saúde do homem aplicáveis a produção de cenários simulados para fins educativos e técnicos e fornecer padrões de elaboração de roteiros ou cenários para produção de vídeos educativos e técnicos em saúde do homem.

Metodologia

O presente estudo trata-se de um relato de experiência feito a partir de um relatório final que se refere às atividades desenvolvidas no decorrer do Programa Jovens Talentos para a Ciência no período de Setembro de 2013 a Agosto de 2014, redigida como relato de experiência.

Inicialmente fez-se uma leitura introdutória acerca da iniciação à pesquisa para então desenvolver a atividade proposta pela orientadora que foi, a princípio fazer uma leitura e aprofundamento na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem a fim de conhecer a temática e entender a situação atual do panorama da saúde do homem para assim compreender os objetivos da pesquisa em questão. No período em questão a aluna ingressou ainda no curso de inglês oferecido pelo Curso de Extensão Continuada em Língua Inglesa da Universidade Federal do Piauí.

A partir de março de 2014 foi inserida no Programa de Extensão supramencionado. O grupo foi formado por quatro docentes, quatro mestrandos, doze bolsistas de extensão, dois jovens talentos e quatro colaboradores de trabalho de conclusão de curso de graduação, totalizando 26 integrantes. Os trabalhos foram conduzidos na perspectiva do Arco de Maguerez.

Para o cumprimento dos objetivos do projeto, primeiramente fez-se uma leitura para embasamento da temática em questão e uma busca ativa com profissionais de enfermagem acerca da adesão dos homens às ações de promoção e prevenção da saúde. Realizou-se um *brainstorming*/ chuva de ideias com o grupo integrante do Programa sobre temáticas relacionadas a promoção da saúde do homem para subsidiar futuramente a produção de vídeos educativos e técnicos, iniciando a etapa de conhecer a realidade do Arco de Maguerez.

Em paralelo com a seleção desses dados, fez-se uma busca ativa com 150 homens com idade entre 25 e 59 anos nos mais diversos setores como locais de trabalho e lazer (4 praças, bares, unidades básicas de saúde, corpo de bombeiros, centro público de lazer e prática de esportes) durante o período de 21 de junho a 26 de junho de 2014. Aplicou-se um instrumento onde se fez um levantamento do perfil sócio demográfico destes e um perfil que mostrava a frequência da prática de atividades físicas, de visitas regulares aos sistemas de

saúde e acerca do interesse dos mesmos por uma sessão de vídeos voltados para a saúde do homem e ainda quais temas seriam pertinentes para compor os vídeos.

Além disso, foi ofertado aos bolsistas um curso de teatro com duração de 40 horas, momento no qual foi aprofundado o conhecimento dos alunos acerca da produção de roteiros, cenários, e encenações tendo o objetivo de fortalecer grupo de teatro vinculado ao programa de extensão e favorecer tecnicamente a produção dos vídeos temáticos.

Para capacitação de busca em bases de dados, foi ofertado pela orientadora e aplicado por uma mestrande, um treinamento no portal da capes onde foi explanado ainda os conceitos de evidências e graus de recomendação de estudos.

Nesse sentido foi realizado a busca por meio de revisão integrativa de temáticas de promoção da saúde do homem nos últimos cinco anos, dos quais as palavras chaves foram geradas do brainstorming, busca junto aos profissionais e a população masculina e posteriormente comparadas as palavras termos de cada banco de dados selecionados para a pesquisa integrativa que caracteriza a etapa de teorização do Arco de Maguerez.

Utilizou-se para o elenco desses estudos as bases de dados: Medline, CINAHL e LILACS com artigos publicados entre os anos de 2010 e 2014. Selecionou-se um grupo de alunos para realizar a busca e tratamento desses dados. No que se refere a saúde do homem foram analisados 30 artigos após passarem pelos seguintes critérios de inclusão: estudos aplicados em seres humanos; estudos que abordem saúde do homem; estudos que abordem saúde do homem e simulação; estudos que abordem intervenções educativas; estudos que abordem intervenções educativas e simulação; estudos que abordem produção de vídeos educativos e saúde do homem; estudos publicados nacional e internacionalmente no período de 2010 a 2014; estudos que atendam a clientela até 25 a 59 anos; estudos publicados em inglês, português ou espanhol.

As atividades descritas culminaram assim na obtenção de um consolidado de informações compostas pelo que se encontrou a partir das ideias apresentadas pelos bolsistas do projeto de extensão, da busca de dados na literatura e da busca ativa de informações com estes homens, para assim subsidiar a produção de vídeos educativos.

Os resultados foram então apresentados por um grupo composto por quatro alunos bolsistas do macroprojeto de extensão e apresentado aos demais bolsistas, colaboradores e professores que após analisado pelo painel de professores e bolsistas integrantes do programa gerou os títulos, temas e objetivos gerais para preparação de cinco roteiros de vídeos, dos quais quatro para população masculina e um para profissionais de saúde, ou seja, vídeos educativos. Os roteiros serão analisados pelo painel de professores e mestrands e posteriormente filmados, editados e aplicados as demandas mencionadas, uma vez que o programa de extensão continua ocorrendo até final de 2014.

Resultados e Discussão

A educação em saúde envolve qualidade de ações técnicas e educativas no que diz respeito a intervenções sociais na área de saúde com fins de incorporação da compreensão e aceitação dos objetivos educativos implícitos e explícitos nas ações desenvolvidas e recomendadas junto à comunidade fortalecendo a voluntariedade do sujeito para efetivação de cuidados de saúde significativos (CADEIA, 1997).

Tendo em vista o papel do enfermeiro nessa prática, através da aplicação de um questionário com profissionais de enfermagem, viu-se que em relação à 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.

Três dos entrevistados (21,4%) afirmaram que o homem só procura sua unidade de saúde quando enfermo. Apontaram ainda que estas ações de promoção em sua maioria tratam de temas relacionados à saúde sexual e reprodutiva (28,6%). Com relação às ações de prevenção observa-se que 64,3% relacionam-se a solicitação de exames. Das sugestões de temas a serem abordados nos vídeos tanto para os homens (78,6%) como para os profissionais (42,8%) foi sugerido em sua maioria o tema DST's/AIDS.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem considera essencial que, além de atividades de educação em saúde, entre outras ações, os serviços de saúde sejam organizados de modo a acolher e fazer com que o homem sinta-se parte integrante deles. Desse modo, é de extrema importância a capacitação dos profissionais de saúde para que estejam aptos a lidarem com as questões de saúde relacionadas ao sexo masculino (BRASIL, 2008).

A partir da questão norteadora: “A utilização de simulação de práticas clínicas na produção de vídeos educativos e técnicos para saúde do homem são alternativas efetivas para educação em saúde da comunidade e profissionais?” observou-se que a opção por atividades “passivas” ou materiais educativos aliadas às educações “ativas” ou conhecimento passado pelos profissionais, são de suma importância na formação da mudança de mentalidade dos homens (ILIC, 2013).

Estudos mostram que a utilização de recursos como panfletos, calendários, stands com folders, banners, palestras e discussões em grupos, produzem efeitos positivos no que concerne à educação em saúde (FONTES, et al 2011; GRANT, et al 2012). Foster, 2012 apresenta ainda ambientes e estratégias lúdicas com decorações temáticas e shows de humor voltados para assuntos de interesse do sexo masculino como uma efetiva forma de ter sua atenção.

Outra forma de estabelecer uma relação ativa de educação em saúde com a população masculina são os aconselhamentos e tutorias. Estudos mostram essas práticas sendo realizadas por meio de telefone e internet o aconselhamento acerca de temas como câncer de próstata, dentre outros (CONSTANZA et al, 2011).

Um estudo trouxe ainda a capacitação de profissionais como meios para educação permanente em saúde. A avaliação dos resultados demonstrou que o treinamento foi bem recebido pelos participantes que afirmaram ter o curso cumprido todos os requisitos em termos de conteúdo e materiais didáticos. (CULLAGH, 2011).

Fairbank, 2011 demonstrou a partir de um estudo que a apresentação de um vídeo de educação permanente trouxe sucesso na prática clínica de alunos por demonstrarem confiança após a apresentação de um tutorial evidenciando a eficácia dessa intervenção educativa.

A entrevista como coleta de dados sobre um determinado tema científico tem por finalidade obter dados subjetivos que se relacionam com os valores, as atitudes e as opiniões dos sujeitos. Os dados podem ser obtidos também através de fontes secundárias tais como: censos, estatísticas, etc Porém a entrevista direta é a técnica mais utilizada no processo de trabalho de campo (BONI; QUARESMA, 2005).

Acredita-se que buscar conhecer as principais dificuldades sugeridas pelos próprios homens em relação a sua saúde, no que diz respeito às temáticas de interesse e como gostariam que estas fossem abordadas em vídeos educativos ajude a criar e aperfeiçoar essa tecnologia como mecanismo de promoção da saúde dessa população (MACHADO et al, 2014).

Verificou-se a partir dos resultados da busca ativa que a maioria dos homens entrevistados tinham entre 25 e 30 anos perfazendo um total de 24% dos entrevistados. Quanto à escolaridade a maior parte possui ensino superior completo ou incompleto (36,7%). Um total de 62% casados, 51,3% de cor parda, 66% católicos, 48,7% de Teresina, 82% empregados.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde³⁸⁹

Segundo os hábitos de vida 58% etilistas, 84% não tabagistas, 52% não praticam atividade física, 53,3% realizam check-up regularmente e desses, 36,7% o fizeram no último ano, 18,7% por prevenção e rotina.

Com relação aos temas mais relevantes a serem abordados nos vídeos, foi sugerido em maior quantidade o tema Doenças Cardiovasculares incluindo HAS (20,2%) o que concerne com o apontado pela PNAISH que as doenças do aparelho cardiovascular são a segunda maior causa de morte entre os homens com idade entre 25 e 59 anos.(BRASIL, 2008), e outros temas não especificados (20,9%). Ao serem questionados quanto a sugestões para que os vídeos se tornem atrativos, foram mencionadas em maior quantidade

que sejam vídeos baseados na realidade (28%) mostrando o impacto da falta de cuidado com a saúde e que tenham o homem como protagonista (20,7%).

Conclusão

A experiência vivenciada no programa Jovens Talentos para a Ciência permitiu primeiramente a aproximação com o universo da pesquisa, com os órgãos e programas da universidade responsáveis pela inserção dos acadêmicos nesse meio. As atividades tiveram ainda caráter formativo capaz de possibilitar interesse pelas práticas baseadas em resultados de pesquisa.

As atividades do programa possibilitaram ainda conhecimento acerca do panorama atual da saúde do homem e da importância da promoção e da educação em saúde. Devido às evidências atuais de que os homens não procuram os serviços de atenção básica em saúde em busca de prevenção, torna-se necessária a elaboração de meios cada vez mais atrativos e efetivos da adesão destes aos serviços.

Tendo em vista que o profissional de enfermagem tem importante papel de agente de mudança dessa realidade, é fundamental a implementação de ações como a produção de vídeos educativos para assim reverter o quadro de vulnerabilidade dessa população aos agravos da saúde.

Referências

- BONI, V. QUARESMA, J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, v. 2, n.3, p.68-80, 2005.
- BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 29 ed. São Paulo: Vozes, 2008.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior(CAPES)**. Programas especiais: Jovens Talentos para a Ciência Brasília, DF.2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Técnica de Saúde do Homem. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem**/ Ministério da Saúde, Departamento de ações programáticas e estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- CANDEIAS, N. M. F. **Conceitos de educação e promoção em saúde**: mudanças individuais e mudanças organizacionais. Rev. Saúde Pública, v.31, n. 2, p. 209-13, 1997.
- CONSTANZA, M.E. *et al.* Ajudar os homens a tomar uma decisão informada sobre o rastreamento do câncer da próstata: Um estudo piloto de aconselhamento por telefone. **Patient Education and Counseling**, v.82, p.193-200, 2011.
- CULLAGH, J.M. The invisible man e Development of a national men's health training programme for public health practitioners:Challenges and successes. **Public Health**, v.125, p.401-406, 2011.
- FAIRBANK, C. Men's Health: It is imperative to teach scrotal and rectal examination. **The Clinical Teacher**, v.8, p.101-104, 2011.
- FONTES, W. D. *et al.* Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. **Acta Paul Enferm**, v.24, n.3, p.430-433, 2011.
- FOSTER,L. A sensibilização do homem. **Kai Tiaki Nursing New Zeland**, v.18, n.3, 2012.
- GRANT, C.G. *et al.* Fórum de Saúde do Homem: uma iniciativa para abordar a saúde. Disparidades na Comunidade. **J Community Health**, v.37, p.773-780, 2012.
- ILIC, D. Educating men about prostat cancer in the workplace. **American Journal of Men's Health**, v.7, n.4, p.285-294, 2012.
- LEITE, D. F. *et al.* A influência de um programa de educação na saúde do homem. **O Mundo da Saúde**, v.34, n.1, p.50-56, 2010

Agradecimentos

Os agradecimentos vão para a orientadora pelo apoio e aos alunos que contribuíram para a realização desse estudo.

PROMOÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA HOSPITALIZADA: O OLHAR DA FAMÍLIA

Marina Frota Lopes - Unifor
Manuela Martin Menezes - Unifor
Camila Santos do Couto - Unifor
Mirna Albuquerque Frota – Unifor
Rochelle da Costa Cavalcante – Unifor
Conceição de Maria de Albuquerque – Unifor

Palavras-chave: Criança. Enfermagem. Relações Profissional-Família.

Resumo

O processo de hospitalização para a criança e os familiares gera no sujeito inúmeras rupturas do cotidiano, o principal causador de estresse e sofrimento. Diante das considerações, objetivou-se com o estudo conhecer a relação existente entre enfermeiro e família da criança hospitalizada, assim como, investigar o posicionamento do profissional frente ao cuidado pediátrico. Estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa que foi desenvolvido em um Hospital Secundário de Fortaleza- Ceará, no qual participaram vinte acompanhantes de crianças internadas, maiores de dezoito anos. O período de coleta foi de março a abril de 2012. Os dados foram organizados e analisados de acordo com análise temática, emergindo as categorias: *Vivências dos familiares*, *“O enfermeiro faz a medicação”*, *Comunicação enfermeiro-família*, *Expectativas relacionado ao papel do enfermeiro* e *Cuidado compartilhado*. A capacidade dos participantes em identificar a função e cuidados do enfermeiro é insatisfatória, na qual os responsáveis queixam-se quanto ao acesso às informações referentes à internação da criança e quanto à qualidade do serviço prestado. Conclui-se com este estudo que é o cuidado ao infante de forma holística e humanizada é primordial, englobando a família na assistência, o que facilita assim a adaptação, tratamento e diminuição da permanência da mesma na unidade de saúde.

Introdução

O processo de hospitalização gera no sujeito inúmeras rupturas do cotidiano, sendo este o principal causador de estresse e sofrimento. Entretanto se a privação é um desafio para uma pessoa adulta, precisa-se estar ciente que para uma criança esse desafio tem proporções maiores. As dificuldades enfrentadas pelas crianças estão além do medo ao desconhecido, o temor do hospital, pois para elas trata-se de um ambiente hostil e ameaçador, onde as “pessoas de branco” que ali circulam, lhes causarão maus tratos que causam o desconforto e a dor. Portanto, o enfermeiro em especial na unidade pediátrica, tem o papel de priorizar o cuidado humanizado, consciente de que o infante não é um adulto pequeno, e mesmo com pouco entendimento, procura compreender o que está acontecendo e o motivo da hospitalização.

A hospitalização é uma situação crítica delicada na vida de qualquer ser humano, e tem contornos especiais quando se trata de um acontecimento na vida de uma criança, pois implica na mudança da rotina de toda a família (FAQUINELLO; HIGARASBI; MARCON, 2007). A família é conceituada como pessoas aparentadas, que vivem, em geral, na mesma casa, particularmente o pai, a mãe e os filhos. Ao adoecer, a criança não passa por essa situação sozinha, esse fato pode causar impactos de níveis diferentes em cada familiar pelo grau de parentesco. Quem mais absorve esse sofrimento junto ao infante, é aquele que tem maior convívio com ele, acompanhando-o no processo de crescimento e desenvolvimento sempre com cuidado e proteção maior à frente dos outros familiares. Os pais são referenciados como os principais cuidadores, os quais acompanham o processo saúde-doença e se fazem presente quando há necessidade de hospitalização (HOLANDA, 2003).

Segundo Oliveira (2001), humanizar é a palavra-chave para todos os procedimentos no trabalho hospitalar. O planejamento e as decisões devem ser compartilhados com os mesmos, aonde o enfermeiro atue mantendo um diálogo, no qual esclareça a situação incluindo a família sempre que possível, no cuidado à criança hospitalizada, de modo a respeitar as normas hospitalares. Quando o enfermeiro apresenta atitudes de respeito, compreensão e atenção à família criam-se elos de afetividade, sentimentos de confiança para com ele, além da gratidão pelo cuidado dispensado ao filho (MOLINA, 2008).

Diante dessas considerações dos limites dos papéis do enfermeiro e da família para com a criança hospitalizada, adveio o interesse pelo tema no decorrer das disciplinas e estágios curriculares do curso de Enfermagem, quando surgiu a necessidade de produzir um trabalho no qual se pôde investigar como é realizado o atendimento nas unidades pediátricas e constatando a falta de informação dos pais com relação aos procedimentos, exames e patologia acometidos.

Faz-se imprescindível que o cuidado ao infante hospitalizado, seja de forma holística e humanizada, englobando a família na assistência. O enfermeiro tem função essencial ao promover a integração dos pais ao ambiente hospitalar, facilitando assim a adaptação, tratamento e diminuindo permanência deste na unidade de saúde. Dessa forma objetivou-se conhecer a relação existente entre enfermeiro e família da criança hospitalizada, assim como, investigar o posicionamento do profissional frente ao cuidado pediátrico.

Metodologia

Estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, desenvolvido no Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana (HDGM). Tal instituição tem perfil secundário na assistência materno-infantil e atende no Serviço de Pronto Atendimento em urgências e emergências. Participaram do estudo dezenove acompanhantes de crianças internadas na referida instituição, maiores de dezoito anos. Como critério de exclusão, foram excluídas as que possuíam algum tipo de distúrbios neurológicos.

A coleta de dados ocorreu por meio da aplicação de uma entrevista semiestruturada. Tal entrevista consta de dois componentes significativos onde à primeira versão sobre os dados de identificação dos informantes e a segunda composta de questões norteadoras tais como: como o enfermeiro recebeu você e seu filho no primeiro dia de internamento? Vocês sabem o que o enfermeiro faz? O

enfermeiro explicou o motivo da internação da criança? Como você se sente em relação à internação da criança? Você acha que existe uma relação boa de empatia entre a criança e o enfermeiro? Se sim, como foi criada? O enfermeiro explica os procedimentos a serem realizados na criança? Você ajuda de alguma forma no cuidado?

As informações obtidas mediante os instrumentos realizados, transcritas e analisadas, categorizando a fala dos participantes permitindo a produção de ideias e hipóteses de acordo com as respostas das mesmas. Segundo Minayo (2010), que a palavra categoria, em geral, se refere a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si. As categorias

são empregadas para se estabelecer classificações. Nesse sentido, trabalhar com elas significa agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso.

O componente ético esteve presente em todas as etapas da pesquisa como preconiza o Ministério da Saúde por meio da Resolução 466/12 para preservar o anonimato, foram identificados pela letra “A”, seguida de número ordinal. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade de Fortaleza sob Parecer Nº 450/2011.

Resultados e Discussão

O perfil dos dezenove entrevistados no qual a faixa etária variou de 18 a 51 anos. No tocante ao nível de escolaridade constatou-se que dois acompanhantes tinham o ensino fundamental incompleto e dois, fundamental completo. Outros oito referiram ter ensino médio completo e sete, incompleto. O nível de escolaridade é de grande relevância para possibilitar ao acompanhante a compreensão dos assuntos referentes à saúde da criança hospitalizada.

Com relação ao grau de parentesco, quinze eram as mães das crianças, dois pais, uma avó e uma madrinha. A maioria dos entrevistados (oito) viviam uma união estável, seis eram casados, quatro, solteiros e uma divorciada. Quanto à ocupação, nove informantes são do lar, sete exercem atividades remuneradas, e duas são estudantes. A renda salarial familiar variou de menos de um salário mínimo a quatro salários e meio.

Após incansável leitura em busca de validação dos dados, mediante a descrição cuidadosa das entrevistas por meio do agrupamento, descrição, documentação e classificação das falas, foram identificados os núcleos temáticos, surgindo as categorias: *Vivências dos familiares*; *“O enfermeiro faz a medicação”* e *Comunicação enfermeiro-família*.

Vivências dos familiares

Identificou-se por meio dos relatos que no primeiro contato com os enfermeiros no momento da internação aconteceu bom acolhimento, no entanto, houve situações contrárias que negaram o mesmo fato. A hospitalização é uma situação crítica e delicada na vida de qualquer ser humano, portanto espera-se ser bem recebido quando se faz necessário buscar atendimento hospitalar (FAQUINELLO; HIGARASBI; MARCON, 2007).

“Apesar do tumulto que tava na emergência, fui bem recebida [...]” (A₀₃)

“Brincaram com ela. Tentaram acalmar ela. Trataram bem. Não tenho do que reclamar [...]” (A₁₂).

O processo de hospitalização gera no sujeito inúmeras rupturas no cotidiano, tornando-o principal causador de estresse e sofrimento. Entretanto se a privação é um desafio para uma pessoa adulta, faz-se necessário estar ciente de que para uma criança esse desafio tem proporções maiores.

O enfrentamento do infante pode ser suavizado pela sensibilidade da assistência que ele recebe. As dificuldades que as crianças enfrentam se devem além do medo ao desconhecido, o temor do hospital que para elas trata-se de um ambiente hostil e ameaçador, quando as “pessoas de branco” que circulam nas dependências lhes causarão maus tratos gerando o desconforto e a dor.

O Enfermeiro faz a medicação

A capacidade dos participantes de identificar a função do enfermeiro no hospital constatou-se que esta é enquadrada como responsável, quase que exclusivamente pela medicação, o que evidencia o desconhecimento das reais funções relativas ao cuidado assistencial prestado pela equipe de enfermagem.

“O que eu vejo é que ela cuida da medicação da criança né?!” (A₀₁)

“Olha, a função dela é aplicar medicamento, que eu saiba né?!” (A₁₇)

“Sei lá, é dar remédio a criança, né não?!” (A₁₈)

É possível que o enfermeiro não esteja se apresentando aos acompanhantes, e na medida em que ocorrem as trocas de plantão, fica difícil identificá-la. Outra complicação se dá pelo fato da semelhança dos uniformes da equipe de enfermagem, composto de roupa, jaleco e sapatos brancos.

Seria conveniente que o hospital fizesse uma distinção entre o uniforme das mesmas, pois é imprescindível que o familiar identifique o enfermeiro e saiba suas funções, entendendo de que modo ela poderá auxiliá-los nas diversas situações vivenciadas no ambiente hospitalar. A mudança do uniforme seria para melhor distinção dos demais funcionários do hospital, porém o importante é apresentação do enfermeiro aos pacientes e acompanhantes tanto na admissão, quando na visita diária que deve ser feita sempre ao receber o plantão.

Comunicação enfermeiro-família

Nessa categoria foram incluídas duas subcategorias: O enfermeiro explicou o motivo da internação da criança e os procedimentos realizados nas crianças são esclarecidos aos acompanhantes. Com relação ao motivo da internação, foi enaltecido o médico que discorreu sobre a patologia, e ainda outros afirmam que o enfermeiro explicou e outros relatam que as informações foram passadas a outro membro da família e não sabia dizer quem explicou o propósito da internação.

“Não, quem falou comigo foi só a pediatra dela.” (A₀₂).

“Não. Só o médico.” (A₁₅).

A ação de informar deve fazer parte da prática cotidiana da enfermagem, para desta forma melhorar o padrão de atuação dos pais e minimizar a ansiedade diante da hospitalização de um filho (SABATÉS; BORBA, 2005). À frente dessa realidade percebe-se que os acompanhantes não estão satisfeitos quanto ao acesso às informações referentes à internação da criança. Sabe-se igualmente que em muitos casos o enfermeiro dialoga com a família, porém, diante da ansiedade e estresse no momento da internação esses informes podem ser esquecidos pelo responsável.

Observou-se que os acompanhantes afirmaram serem informados pelos enfermeiros os procedimentos aplicados à criança, outros não foram esclarecidos e os demais disseram que somente são informados quando questionam sobre o procedimento.

“Eu pergunto a ela. Se na perguntar, ela não fala não ...” (A₀₄).

“Não. Só pega e coloca o remédio e nem diz nada. Não diz pra que é e não diz nada...” (A₀₆)

“Não, só que vai dar medicação. Se for veneno deu e pronto.” (A₁₄)

A diferença está na forma como a relação enfermeiro-paciente-família é realizada no atendimento, tornando os responsáveis seguros para enfrentar a hospitalização da criança. Percebe-se então, que os autores defendem a comunicação enfermeiro-família, voltada para a assistência humanizada, como forma facilitadora do trabalho terapêutico.

Conclusão

A criança hospitalizada necessita de um cuidado maior, comparado ao paciente adulto, pois o ambiente hospitalar é hostil e ameaçador para ela, diferente do seu âmbito familiar. Torna-se evidente que a presença dos pais junto ao filho durante a internação, facilita a realização de exames, cuidados de enfermagem e quaisquer procedimento pelo qual a criança se submeta.

O enfermeiro, em especial, na unidade pediátrica tem o papel de priorizar o cuidado humanizado, consciente de que o infante não é um adulto pequeno. Quando a conduta é feita dessa forma, a relação enfermeiro-acompanhante solidifica-se em pilares de confiança e respeito, indispensáveis para o convívio interpessoal e sucesso do tratamento terapêutico.

Porém, evidenciou-se o descontentamento dos familiares quanto à relação que a enfermagem mantém com os mesmos, a capacidade dos participantes em identificar a função e cuidados do enfermeiro é insatisfatória, na qual os responsáveis queixam-se quanto ao acesso às informações, referentes à internação da criança e quanto a qualidade do serviço prestado.

O enfermeiro da unidade poderá diferenciar a assistência a partir de ações e condutas distintas como exemplo, no ato da admissão do infante e do cuidador na instituição hospitalar, pois a família poderá ser compreendida como uma unidade holística em toda a extensão. No tocante da pesquisa, percebe-se a carência da enfermagem em relação ao esclarecimento e empoderamento referente à doença à medicação e procedimentos direcionados aos cuidados prestados à criança. Faz-se necessário que os acompanhantes saibam o que é feito com e para a criança, de forma que seja fortalecido o vínculo destes com os profissionais e a instituição.

Admite-se que é imprescindível que os acompanhantes sejam bem acolhidos diante da internação do ente familiar, de forma que o enfermeiro promova a integração destes ao ambiente hospitalar, como meio facilitador de adaptação, tratamento e permanência da criança na unidade de saúde.

Referências

FAQUINELLO, P.; HIGARASBI, I.H.; MARCON, S.S. O atendimento humanizado em unidade pediátrica: Percepção do acompanhante da criança hospitalizada. **Texto & Contexto Enferm.**, v.16, n.4, p.609-616, 2007.

HOLANDA, L.D. **Percepção do espaço hospitalar pela criança hospitalizada** [dissertação]. Fortaleza: Universidade de Fortaleza, Curso de Psicologia; 2003.

OLIVEIRA, I.C.A. O alívio do estresse na criança hospitalizada. **Rev. Psicopedagogia.**, v. 57, n.19, p.80-84, 2001.

MOLINA, R.C.M. et al. A percepção da família sobre sua presença em uma unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal. **Rev. Esc. Enferm UPS.**, v.43, n.3, p.630-638, 2008.

MINAYO, ML. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 28ªed. Rio de Janeiro: Vozes; 2010.

SABATÉS, AL.; BORBA, RIH. As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho. **Rev. latinoam. Enferm.** v.6, n.13, p. 968-73, 2005.

Agradecimentos

À equipe que se dispôs a dialogar e expor superações para a realização do trabalho, bem como os professores que contribuíram para que a pesquisa se tornasse realidade.

.

PROMOÇÃO DA SAÚDE EM IDOSAS ATRAVÉS DA PRÁTICA DA ATIVIDADE FÍSICA

Nielpson Dias Carvalho – Universidade Estadual do Ceará, e-mail: nielpsoncarvalh@yahoo.com.br

Elpson de Aquino Carvalho – Universidade Vale do Acaraú, email: judomusashi@bol.com.br

Ronier Gomes Cabral – Universidade Estadual do Ceará, email: ronier.cabral@aluno.uece.br

Christina Pacheco – Universidade Estadual do Ceará, e-mail: christinaosvaldo@yahoo.com.br

Juliana Osório Alves – Universidade Estadual do Ceará, email: juosorio@gmail.com

André Accioly Nogueira Machado – Universidade Estadual do Ceará, e-mail: andre.accioly@urca.br

Palavras-chave: idosos. Atividade física. Qualidade de vida.

Resumo

É sabido que a prática de exercícios físicos auxilia na prevenção da hipertensão, no controle do diabetes promovendo uma manutenção da saúde proporcionando uma longevidade para os idosos. Este trabalho teve como objetivo submeter um grupo de mulheres a um regime de treinamento físico moderado durante um período de 6 meses. A amostra foi composta por 82 mulheres (idade média 58 anos), onde foi realizada uma avaliação física inicial, sendo observado o percentual de gordura corporal, massa muscular, massa residual e massa óssea. Também foi avaliado o RCQ (relação cintura quadril). Outra variável estudada foi o IMC (índice de massa corporal). Durante um período de seis meses foram realizadas atividades físicas quatro vezes por semana com o tempo de aula de cinquenta minutos. Dentro das atividades desenvolvidas as alunas praticavam ginástica, treinamento resistido, atividades recreativas e lúdicas. O IMC delas variou em 29, porém muitas ficaram acima do normal. A relação de cintura e quadril não obteve uma média elevada, mas a maioria das pessoas que participaram do trabalho ficou na faixa de obesidade grau um e sobre peso. Com o incentivo de promoção a saúde para essas idosas, as mesmas sentiram-se mais resistentes, ativas para realizar as atividades de vida diárias. Os fatores sociais e afetivos melhoram significativamente após o desenvolvimento físico. Com isso, conclui-se que a atividade física é importante na manutenção da saúde, mas é importante conhecer a influência da idade nas variáveis fisiológicas relevantes na prática de exercício físico.

Introdução

O envelhecimento é um processo fisiológico natural do ser humano. Com esse processo ocorrem diversas mudanças no cotidiano de cada indivíduo. Hábitos alimentares, posturais, sociais, afetivos sofrem modificações com o passar do tempo. Este fenômeno passa por mudanças físicas. A diminuição da energia, perda celular o aumento da quantidade de massa adiposa são fatores evidenciados no envelhecimento. Diversas vezes os idosos sentem-se solitários por conta da falta de valorização como cidadão experiente, mas por ser visto como uma pessoa sem importância (Ferreira; 2007).

Muitas doenças são encontradas na velhice como artrite, artrose osteoporose, problemas posturais dentre outros. Doenças degenerativas também são encontradas nesses indivíduos. Dentre essas principais doenças destacam-se a osteoartrose e a hipertensão arterial. O diabetes, a insuficiência cardíaca e a obesidade estão presentes na sociedade idosa. (Ferreira; 2007)

Com o intuito de amenizar os sintomas dessas doenças recomenda-se atividade física para esses cidadãos com o objetivo de promoção da saúde no envelhecimento. O treinamento complementado a exercícios resistidos auxiliam moderadamente no controle pressórico, mas de grande importância para o indivíduo. (Vaisberg, 2010). De acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes indivíduos fisicamente ativos possuem níveis baixos de insulina circulante melhorando assim o transporte de glicose e a capilarização nos músculos. Para promover esse bem ao idoso entende-se como Promoção a Saúde uma forma de qualidade de vida com o objetivo de reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde. A Política Nacional de Promoção da Saúde tem o intuito de incorporar o idoso na sociedade. (Revista Brasileira Saúde da Família).

Visando proporcionar ao idoso um envelhecimento saudável melhorando a capacidade física e qualidade de vida, esse trabalho teve como objetivo submeter um grupo de mulheres a um regime de treinamento físico moderado durante um período de seis meses.

Metodologia

Um grupo de 82 mulheres da cidade de Fortaleza, principalmente idosas, com uma média de idade de 58 anos, variando de 40 a 79 anos, participou no Projeto para Pessoa Idosa promovido pelo Centro de Defesa e Promoção dos Direitos Humanos da Arquidiocese de Fortaleza e do presente estudo.

Foi realizada uma avaliação física inicial com as idosas. Nesta avaliação foi observado o percentual de gordura corporal, massa muscular, massa residual e massa óssea. Também foi avaliado o RCQ (relação cintura quadril), que possui importância na prevenção de doenças cardíacas proporcionando a elas uma melhora na saúde. Outra variável estudada foi o IMC (índice de massa corporal), que tem finalidade de verificar a relação de peso em relação à altura do indivíduo para verificar se essa pessoa possui ou poderá possuir dores na coluna, nas articulações e nos ossos (Picon et al; 2007).

Durante um período de seis meses foram realizadas atividades físicas quatro vezes por semana com o tempo de aula de cinquenta minutos. Dentro das atividades desenvolvidas as alunas praticavam ginástica, treinamento resistido, atividades recreativas e lúdicas. Essas atividades tiveram o objetivo de proporcionar o bem estar e a socialização entre elas. Durante o período de treinamento o programa de atividade física tinha o objetivo de melhorar o preparo das idosas para cumprir as necessidades básicas diárias. As atividades resistidas com pesos foram utilizadas para melhorar estruturas ósseas e ligamentos proporcionando uma melhor resistência corporal. Estas proporcionam um aumento da massa óssea e muscular favorecendo uma melhor mobilidade articular sendo importante para a saúde do idoso (Amaral et al; 2007).

Resultados e Discussão

A avaliação inicial de aspectos antropométricos do grupo de mulheres revelou a média delas auxiliando na prescrição de exercícios como pode ser observado na Tabela 1. Os participantes tinha uma idade média de 58 anos com atividade de vida diária ativa. O média do IMC delas foi 29, porém muitas ficaram acima do normal. A relação de cintura e quadril não obteve uma média elevada, mas a

maioria das pessoas que participaram do trabalho ficou na faixa de obesidade grau um e sobrepeso. Ao obter esses índices chegou-se a conclusão de como se realizaram as atividades físicas.

Tabela 1. Aspectos antropométricos – média do grupo de idosas

Idade (anos)	Peso (kg)	Altura (m)	Quadril (cm)	Cintura (cm)	IMC (kg/m²)	RCQ (cm)	Gordura corporal (kg)	Massa muscular (kg)	Peso residual (kg)
58	67	1,51	104	94	29	0,90	21	20	14

Os exercícios realizados nas aulas eram para auxiliá-las nas atividades da vida diária (AVDs). A limitação ou a não realização de atividade física foi considerado como incapacidade funcional dos idosos (Maciel; 2010). Com o incentivo de promoção a saúde para essas idosas as mesma sentiram-se mais resistentes, ativas para realizar as AVDs. Os fatores sociais e afetivos melhoram significativamente após o desenvolvimento físico.

A atividade física bem elaborada de acordo com as condições individuais previne de várias doenças e proporciona vários benefícios para seus praticantes (Araujo et al; 2008). Com o avançar da idade muitas patologias começam a surgir nos idosos. As principais são: artrite, hipertensão, cancro, diabetes, osteoporose e doença de Alzheimer. E doenças cardiovasculares e cerebrovasculares. (Marques; 2013). A autoestima de um idoso também é muito afetada com o passar do tempo. Os problemas psicológicos ligados ao envelhecimento não são provocados pela diminuição da função cognitiva, mas pela perda do papel social. (Marques; 2013). Buscando amenizar problemas de autoconfiança foram desenvolvidas atividades lúdicas e de dança. As atividades lúdicas têm a finalidade de realizar trabalho educacional, social utilizando criatividade sensibilidade e buscando afetividade entre os participantes. (Celich; 2008). As atividades eram realizadas com bastões para melhorar o equilíbrio e bolas de basquete com o intuito de melhorar a força de preensão manual e melhorar a lubrificação articular.

A ginástica foi desenvolvida para melhorar o desempenho aeróbico delas. Durante o processo de envelhecimento ocorre um declínio da frequência cardíaca, do volume de ejeção e do débito cardíaco. (Raso *etal.*; 2013). Atividades de trabalho aeróbico melhoram o desempenho cardíaco e tem que ser desenvolvidas por grandes grupos musculares. Recomenda-se que atividades aeróbicas abranjam grandes massas musculares, exercitadas de forma cíclica e contínua, predominando-se o sistema aeróbico. (Raso *etal.*; 2013). Para essa pratica precisa-se de alguns cuidados: esse treino não pode passar de 60 minutos de exercício, 2 a 3 vezes por semana para idosos não condicionados e de 5 a 6 dias para idosos treinados e o esforço tem que ser de moderada intensidade. (Raso *et al.*; 2013).

O treinamento de força é importante para que o idoso obtenha uma resistência muscular aperfeiçoada. Kraemer *etal.*,1996 afirmam que após os 30 anos estima-se que o indivíduo perde 1% de força até os 60 anos, de 15% entre os 60 e 70 anos e 30% em diante. Percebe-se que conforme a pessoa envelhece ela perde a força e a potencia muscular dificultando as atividades de vida diária. A redução de massa muscular é conhecida como sarcopenia. A sarcopenia e consequentemente a diminuição da força são típicos do processo de envelhecimento. (Raso *et al.*; 2013). Com esse fator fisiológico acontecendo nos idosos o treino resistido tem que ter caráter para resistência muscular localizada. Os exercícios de resistência muscular irão auxiliar no desenvolvimento muscular, ósseo e articular e na diminuição do processo degenerativo, diminuindo a intensidade do esforço para realizar tarefas do cotidiano. (Ferreira; 2007).

Exercícios de flexibilidade ajudam a melhorar movimentos articulares e possibilita que eles realizem movimentos do cotidiano sem dores e restrições de movimentos. Os movimentos devem ser simples e concisos, ser realizados em duplas porque necessitam de menos equilíbrio do que os feitos sozinhos. A duração aproximada para se obter resultados positivos na flexibilidade situa-se entre 10 a 30 segundos (Raso *et al.*; 2013). E sempre alertar aos alunos para não ir além de onde ele pode ir.

Conclusão

As atividades propostas foram realizadas com sucesso neste estudo, que teve como finalidade submeter um grupo de mulheres a um regime de treinamento físico moderado. Durante um período de 6 meses ocorreu o treinamento físico, auxiliando na promoção da saúde desse grupo e proporcionando-as uma melhora na qualidade de vida. Ao final das atividades foi realizada uma entrevista com cada participante e observou-se uma melhora significativa na qualidade de vida e nas suas valências físicas. Foi observado um retorno positivo das atividades que foram realizadas.

Com isso, conclui-se que a atividade física é importante na manutenção da saúde, mas é importante conhecer a influência da idade nas variáveis fisiológicas relevantes para a prática de exercício físico. É necessário também identificar o que se quer modificar com o exercício físico e atentar para as bases fisiológicas do treinamento. O programa de atividade física deve ser respeitado pelo princípio da individualidade biológica em que o esforço físico é de tolerância de cada pessoa. O idoso não necessita de treino visando desempenho esportivo, mas a melhora da aptidão física e de um envelhecimento saudável.

Referências

Amaral PN, Pomatti DM, Fortes VLF; **Atividade Física no Envelhecimento Humano: uma leitura sensível criativa.** 2007.
Araujo CJ, Sales RR, Junior NBS, **Prática de Exercícios Físicos na População Idosa em Academias.** 2008

Celich KLS, Bordin A, **Educar para o Autocuidade na Terceira Idade: uma proposta lúdica.** 2008
Ferreira V. **Atividade física na 3º idade: o segredo da longevidade**; Rio de Janeiro: 2º edição: 2007.
Kraemer WJ, Fleck SJ, Evans WJ, Strength and power training: physiological mechanisms of adaptation.Exercise and Sport Sciences Reviews. 1996; 24: 363- 398.
Maciel MG; **Atividade física e funcionalidade do idoso.** 2010
Marques RM; **Influência do Perfil Funcional e da Autoavaliação do Idoso na Saúde Mental e Emocional**; 2013.
Vaisberg M, de Mello MT, **Exercícios na Saúde e na Doença, Barueri, SP: Manole, 2010.**

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde³⁹⁵

Picon PX, Leitão CB, Gerchman F; Azevedo MJ, Silveiro SP, Gross JL, Canani LH; **Medida da Cintura e Razão Cintura/ Quadril e Identificação de Situação de Risco Cardiovascular: Estudo Multicêntrico em Pacientes com Diabetes Melitos tipo 2**. 2006.
Raso V, Greve JMD'A, Polito MD; Pollock: **Fisiologia Clínica do Exercício**. Barueri, SP: Manole, 2013.
Revista Brasileira Saúde da Família; Ministério da Saúde, 2006.

Sociedade Brasileira de Diabetes: **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**, 2013 - 2014

Agradecimentos

Agradecemos ao Centro de Defesa e Promoção dos Direitos Humanos, vinculado à Arquidiocese de Fortaleza por ter proporcionado a oportunidade de trabalhar para o bem estar das idosas. Aos professores da Universidade Estadual do Ceará que me ajudaram a desenvolver esta atividade visando a melhoria dos aspectos físicos e fisiológicos das idosas. Às idosas que contribuíram com a prática dos exercícios físicos. E às pessoas que se disponibilizaram para a realização deste trabalho.

PROMOÇÃO DA SAÚDE EM IDOSOS VITIMA DE QUEDAS: REVISÃO INTEGRATIVA

Gilmara de Lucena Beserra – Centro Universitário Estácio do Ceará gilmaralucenaa@gmail.com

Janaina Silva Rodrigues Albuquerque – Centro Universitário Estácio do Ceará

Bárbara Albuquerque Loureiro Ponte – Centro Universitário Estácio do Ceará

Tereza Fabianne Aires Martins Pereira – Centro Universitário Estácio do Ceará

Daniele Lima de Assis – Centro Universitário Estácio do Ceará

Natasha Marques Frota – Centro Universitário Estácio do Ceará

Palavras-chave: Prevenção de Acidentes. Acidentes por Quedas. Envelhecimento.

Resumo

O evento de quedas na população idosa tem sido um importante fator de risco para redução da capacidade funcional desses indivíduos. Por seu alto predomínio em pessoas da terceira idade, que se delimitou como objetivo da pesquisa a conhecer estudos sobre a promoção da saúde em idosos vitima de quedas. Dentro do exposto, este trabalho traz algumas das principais considerações e consensos da atualidade sobre a prevenção de quedas, a partir da análise de pesquisas recentes na literatura. O presente estudo teve como objetivo apresentar os resultados da revisão integrativa da literatura que visou conhecer estudos sobre a promoção da saúde em idosos vitima de quedas. O estudo se propôs a uma visão ampliada, capaz de despertar o interesse comum a todos os profissionais de saúde que lidam com essa população. Utilizou-se as bases Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Biblioteca Virtual em Saúde e SciELO - Scientific Electronic Library Online para a busca das informações pretendidas através de descritores correspondentes às palavras Acidentes por Quedas e Idoso, e tendo como limite os anos 2010 a 2014. Delimita-se para esta discussão os artigos ligados a aspectos associados, consequências da queda, prevenção, promoção e intervenção nas quedas. Em resumo, o suporte de profissionais da saúde ligados a diversas áreas está alicerçado nas práticas de prevenção de quedas em idosos e necessita, portanto, de uma postura compartilhada de informações multiprofissionais que trabalham com indivíduo idoso.

Introdução

O envelhecimento populacional é um dos fenômenos demográficos mais explícitos da atualidade. Uma das consequências do envelhecimento da população mundial é o aumento da prevalência de enfermidades características da terceira idade. O envelhecimento é um processo que deve ser entendido além de um ponto biológico, em sua formação outros elementos podem integrar esse processo dentre eles estão os elementos culturais, sociais e políticos. Pessoas da terceira idade manifestam demandas de cuidados em saúde diferenciados daquelas do restante da população. Em certo contexto o idoso é apresentado à sociedade como obstáculo referenciado sempre com a necessidade do olhar e atenção de outras pessoas tornando-se evidente a rejeição da sua concepção como indivíduo nesse processo.

A incapacidade de idosos em suas atividades funcionais implica em danos psicológicos e físicos. Uma preocupação recorrente na saúde publica é o risco de quedas em idosos. As quedas são causas importantes de morbidade entre pessoas da terceira idade. A queda pode ser considerada um evento vigilante na vida do idoso, marcador potencial do início de importante declínio da função e/o sintoma de uma doença. Sua frequência pode aumentar progressivamente com a idade, em ambos os sexos, em todos os grupos étnicos e raciais. Em quedas em idosos poder ocorrer serias consequências como fraturas, poderá ocorrer também a perda da confiança para caminhar devido ao temor de novas quedas, situação denominada Síndrome pós-quedas, fazendo com que o idoso diminua sua mobilidade e aumente a dependência. Por isso, tornam-se necessárias medidas urgentes por parte dos profissionais da saúde, principalmente do enfermeiro, visando à alteração de atitudes e redução de danos gerados por estes acidentes (SANTOS et al. 2012). Como forma de traçar estratégias de promoção da saúde em idosos que estão mais suscetíveis às quedas o profissional de enfermagem pode trajar ferramentas de prevenção tendo como base riscos cognitivos, fisiológicos dentre outros.

A Queda pode ter como definição um evento não intencional que traz como consequência a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo, em relação a sua posição inicial. Alguns autores referem-se à queda como uma síndrome geriátrica onde a mesma pode ser considerada um evento multifatorial e heterogêneo. Aproximadamente 30% dos indivíduos com mais de 65 anos de idade caem ao menos uma vez por ano, dos quais a metade de forma recorrente (MAIA et al., 2011).

Para a prevenção das quedas o passo essencial é o reconhecimento e a correção dos fatores de risco envolvidos na ocorrência destas, e estes se dividem em fatores intrínsecos e extrínsecos. Os fatores intrínsecos estão relacionados com as alterações fisiológicas do processo de envelhecimento, tais como: idade, presença de múltiplas doenças crônicas, poli farmácia, depressão, diminuição da cognição, redução da capacidade funcional, entre outras. Enquanto os fatores extrínsecos estão relacionados com o meio ambiente e, também, possuem papel importante nos episódios de quedas (NICOLUSSI et al. 2012). Nesta perspectiva intervenções adequadas por parte de profissionais de saúde são de extrema relevância, buscando assim proporcionar melhores condições para uma ótima qualidade de vida. O presente estudo teve como objetivo apresentar os resultados da revisão integrativa da literatura que visou conhecer estudos sobre a promoção da saúde em idosos vitima de quedas.

Metodologia

Utilizou-se a revisão integrativa da literatura científica nacional. O método de investigação estabelecido na revisão integrativa tem como objetivo manter os padrões de maneira clara, rigor e respostas de estudos primários. Assim, para a realização da revisão, além da formulação de hipóteses e questões norteadoras, é necessário estabelecer também critérios claros de inclusão e exclusão para composição da amostra do estudo, definição de características de estudos primários pesquisados, análise dos dados estudados, interpretação dos resultados obtidos e, finalizando com a apresentação da revisão.

Para guiar a revisão integrativa, formulou-se a seguinte questão: O que tem se produzido recentemente acerca da promoção da saúde em idosos vitimas de quedas?

Na coleta dos dados descrevem-se os critérios de inclusão e de exclusão. Foram critérios de inclusão dos artigos pesquisados: identificação nas bases de dados escolhidas, de acordo com os descritores: acidentes por quedas e idoso, publicação em português e espanhol; publicação no período compreendido entre 2010 a 2014, as buscas As buscas foram selecionadas entre junho e julho de 2014. Depois de estabelecida a questão norteadora, duas bases de dados foram utilizadas como fonte de levantamento de dados do

estudo: Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Biblioteca Virtual em Saúde e SciELO - Scientific Electronic Library Online. Foram excluídas as publicações que não estivessem em formato de artigo científico, como resenhas, dissertações, teses e livros, ou que não estavam disponíveis na íntegra para acesso online.

Resultados e Discussão

Foram identificados 139 artigos, dos quais 95 foram selecionados obedecendo aos anos de publicação estabelecidos. Destes 95 artigos 63 foram excluídos por não estarem na temática proposta. Então, 32 estudos compuseram o corpus dessa pesquisa.

A dimensão das quedas na população idosa nacional e mundial traz relevantes propósitos no campo da saúde. Para entendermos a complexidade com que o tema de prevenção de quedas em idosos o presente estudo traz os principais aspectos discutidos pela comunidade científica, e que servem de base na aplicabilidade de intervenções preventivas nas áreas da saúde.

Nos artigos analisados através da coleta de dados verificou-se que há pouca produção científica relacionada à prevenção de quedas em idosos. O que mais se notou através da análise dos dados obtidos foram os fatores de riscos associados às quedas e as consequências das quedas para esses indivíduos. Dentre os fatores de risco observados nos dados a prevalência de quedas tem sido associada com a idade avançada, o sedentarismo e maior consumo de medicações variadas de uso contínuo. O sono adequado e o cochilo durante o dia segundo autores também são fatores de risco ao evento da queda. As consequências das quedas para o indivíduo da terceira idade retratada na literatura pesquisada traz à hospitalização, a institucionalização, a redução das funções diárias do idoso e o medo do indivíduo que sofre a queda como principais resultantes.

A prevenção de quedas foi um evento pouco mencionado pela maioria dos autores do estudo em questão. Dentre os artigos estudados na íntegra um específico tratou de maneira relevante sobre a prevenção de quedas em idosos. Segundo Gasparotto et al. (2014) a prevenção de quedas em pessoas da terceira idade sempre será a melhor opção sendo esta a mais eficaz e barata. Estudos apontam que as intervenções complexas apresentam uma maior chance de promover a conscientização na população de idosos. A atividade física atua como grande método de prevenção e pode ser adaptada aos déficits que já estejam presentes na pessoa idosa, como treino da marcha e do equilíbrio. Autores indicam o trabalho de promoção da saúde sobre os fatores de risco de quedas em idosos e, em conjunto, trabalhos de força muscular, treino de equilíbrio e propriocepção. Ainda que o trabalho preventivo seja bastante enfatizado como proposta determinante e preventiva na redução de quedas em pessoas idosas, verificam-se ainda algumas barreiras na implantação efetiva desse tipo de programa preventivo. Nota-se que a população idosa ainda tem dificuldade para reconhecer e conscientizar-se sobre os fatores de risco para quedas, e relatam muito pouco sobre essas questões aos profissionais de saúde e a seus familiares. Assim, muitas estratégias de prevenção acabam sendo negligenciadas. Estudos de revisão sobre prevenção de quedas em idosos da comunidade apontam que a assistência multifatorial reduz significativamente as chances de quedas, porém ainda são pouco conclusivas em estudos de risco. Ao ser considerado um estudo de atualização, os dados informados limitam-se apenas a uma parcela das informações divulgadas sobre a temática de queda em idosos.

Nos estudos que traziam como temática o evento de queda em idosos institucionalizados a presença de medidas preventivas foram bem abordadas. Idosos institucionalizados apresentam um perfil diferenciado, requerem de mais atenção, suporte e serviços especializados, pois este é um perfil de população fragilizada e que apresentam morbidades físicas ou mentais, o que os tornam mais propensos à ocorrência de agravos à saúde. Entre esses agravos, as quedas e as fraturas constituem-se em grande preocupação pela sua frequência, elevado custo socioeconômico e pelo aumento da dependência e da institucionalização. (CARVALHO et al. 2011).

Conclusão

Conclui-se que o presente estudo possibilitou descrever a produção científica dos estudos sobre a promoção da saúde do idoso vítimas de quedas na busca da melhor evidência disponível.

Existe a necessidade de uma abordagem específica voltada à prevenção desse agravo no sentido de garantir a boa qualidade de vida das pessoas na terceira idade. É muito importante que profissionais de saúde que atuam diretamente com o público idoso conheçam mais sobre essa temática “quedas” que atinge essa população. Fazem-se necessárias medidas de promoção da saúde por parte dos profissionais de saúde, visando a mudanças de atitudes e à redução de danos ocasionados por esse agravo. Uma vez que medidas de intervenções e cuidados preventivos indicam associação de fatores ligados aos diversos aspectos, como educação em saúde, o controle de terapias medicamentosas, exercícios e atividades físicas, dentre outros, logo se conclui que, para atingir o ponto ideal de controle de quedas, é preciso que o idoso receba suporte multiprofissional.

Frente ao estudo evidenciado e aos resultados apontados nos artigos incluídos nesta revisão integrativa, entende-se ser necessário intensificar esforços para o desenvolvimento de pesquisas que produzam evidências ao tema pesquisado. Cabe então aos profissionais da área da saúde atentar-se para esse cenário tão presente no dia a dia, cada qual atuando em suas especificidades e funções, e todos juntos colaborando para a melhor condição de vida dos indivíduos idosos.

Referências

CARVALHO, M.P.; LUCKOW, E.L.T.; SIQUEIRA, F.V. Quedas e fatores associados em idosos institucionalizados no município de Pelotas (RS, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**. v.16 , n. 6, p. 2945-2952; 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/32.pdf>> Acesso em: 14 jul. 2014

GASPAROTTO, L.P.R.; FALSARELLA, G.R.; COIMBRA, A.M.V. As quedas no cenário da velhice: conceitos básicos e atualidades da pesquisa em saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. v. 17, n. 1, p. 201-209; 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v17n1/1809-9823-rbagg-17-01-00201.pdf>> Acesso em: 14 jul. 2014

MAIA, B.C.; VIANA, P.S.; ARANTES, P.M.M.; ALENCAR, M.A. Consequências das Quedas em Idosos Vivendo na Comunidade: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. v.14 , n. 2, p. 381-393; 2011. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000200017&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 4 jun. 2014

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde³⁹⁸

NICOLUSS, A.C.; FHON, J.R.S.; SANTOS, C.A.V.; KUSUMOTA, L. MARQUES, S. RODRIGUES, R.A.P. Qualidade de vida em idosos que sofreram quedas: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 17, n. 3, p. 723-730; 2012. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300019 > Acesso em: 4 jun. 2014

SANTOS, S.C.; SILVA, M.E.; PINHO, L.B.; GAUTÉRIO, D.P.; PELZER, M.T.; SILVEIRA, R.S. Risco de quedas em idosos: revisão integrativa pelo diagnóstico da North American Nursing Diagnosis Association. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 46, n.5, p.1227-1236; 2012. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000500027&script=sci_arttext> Acesso em: 4 jun. 2014

Agradecimentos

Primeiramente a Deus, mestre de todos os mestres, pela sua presença constante em nossas vidas e pelo auxílio nas nossas escolhas. Deixamos expressos também nossos sinceros agradecimentos a nossa orientadora Profa. Natasha Marques Frota pela sua acolhida, compreensão e disponibilidade em repassar todo seu conhecimento e principalmente por contribuir nesse processo de formação.

PROMOÇÃO DA SAÚDE: HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NA EMERGÊNCIA DE HOSPITAL PÚBLICO EM FORTALEZA-CE

Autor 1 – Charlene Stephanie de Lima Oliveira Chaves. Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza/FAMETRO. Email: charlenestephanie@hotmail.com

Autor 2 – Naracélia Sousa Barbosa Teles. Enfermeira. Mestre em Farmacologia e Professora na Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza – FAMETRO.

Autor 3 – Régia Christina Moura Barbosa Castro. Doutora e Professora Adjunta I da Universidade Federal do Ceará – UFC.

Palavras-chave: Biossegurança. Higienização das mãos. Exposição a contaminantes biológicos. Serviço hospitalar de emergência.

Resumo

Nos serviços de saúde, a higienização das mãos contribui para a prevenção de doenças, promoção da saúde, bem-estar e segurança do binômio profissional-paciente. Ao cuidar, os enfermeiros utilizam as mãos como principal instrumento de trabalho. Porém, quando indevidamente higienizadas, constitui importante reservatório e veículo de transmissão de microrganismos. Objetivou-se, assim, avaliar a higienização das mãos e utilização de luvas, durante a execução de procedimentos constitutivos da prática assistencial do enfermeiro, no serviço de emergência de um hospital público terciário especializado no diagnóstico e tratamento de doenças cardíacas e pulmonares do município de Fortaleza-CE. A pesquisa que atende ao objetivo proposto é do tipo descritivo/exploratório com abordagem quantitativa e delineamento estudo de campo. A investigação foi realizada nos meses de janeiro a abril de 2011, com 15 enfermeiros. Através da observação não participante, direta e sistemática, foram registrados 120 procedimentos. Para isto foi utilizado, como instrumento, uma lista de verificação destinada à observação da higienização das mãos. A higienização das mãos antes e após os procedimentos, nesse estudo, foi de 26,7%. Foi evidenciado que em 48,3% dos procedimentos realizados houve higienização apenas após a execução dos mesmos. Não houve higienização em 20% dos procedimentos realizados e a adesão ao uso de luvas foi de 90,3%. Uma vez constatada esta realidade, considera-se interessante, em trabalhos futuros, explorar os motivos que levam os enfermeiros a adotarem esta conduta.

Introdução

Nos serviços de saúde, a higienização das mãos contribui para a prevenção de doenças, promoção da saúde, bem-estar e segurança do binômio profissional-paciente. Ao cuidar, os enfermeiros utilizam as mãos como principal instrumento de trabalho. Porém, quando indevidamente higienizadas, constitui importante reservatório e veículo de transmissão de microrganismos, comprometendo a qualidade da assistência de saúde, aumentando o risco de infecções cruzadas e favorecendo a contaminação da área de trabalho.

Profissionais de enfermagem são os trabalhadores da área da saúde que tem maior contato com materiais biológicos (PINHEIRO; ZEITOUNE, 2008). Geralmente, este contato acontece durante a execução da assistência ao paciente, principalmente na realização de procedimentos sejam eles invasivos ou não e com maior ou menor grau de complexidade técnica. Entende-se por material biológico: sangue, secreções e excreções (vômito, urina, fezes, sêmen, leite materno, escarro, saliva) e outros fluidos corporais (MANUAL DE BIOSSEGURANÇA PARA SERVIÇOS DE SAÚDE, 2003).

O setor de emergência hospitalar é caracterizado pela dinâmica intensa de atendimento, exigindo dos profissionais de saúde requisitos indispensáveis, como agilidade e a objetividade, durante a assistência ao paciente grave que não resiste à demora na tomada de decisões ou mesmo falhas de conduta (GATTI, 2005). Para isto, os profissionais que atuam em unidades de atendimento de emergência, especialmente os enfermeiros, devem apresentar conhecimentos científicos satisfatórios, ser capazes de tomar decisões rápidas e precisas e ser hábeis ao distinguir as prioridades, avaliando o paciente como um ser integrado. Entretanto, em meio à complexidade da assistência neste setor, o enfermeiro não pode negligenciar uma das principais medidas que visam bloquear a transmissão de microrganismos: a higienização das mãos.

Contudo, tem sido constatado que o uso de luvas é um dos fatores que faz com que o profissional de saúde não realize a higienização das mãos. Vale destacar que a perda de integridade, a existência de microfuros não perceptíveis ou a utilização de técnica incorreta na remoção das mesmas possibilitam a contaminação das mãos. Desse modo, o uso de luvas não substitui o processo de higienização das mãos que deve ser realizada com solução alcoólica, sabonete líquido ou solução degermante (BRASIL, 2008): após tocar fluidos, secreções e itens contaminados; após a retirada das luvas; antes de procedimentos no paciente; entre contatos com pacientes; entre procedimentos num mesmo paciente; antes do preparo de soros e medicações antes e depois de atos fisiológicos.

Objetivou-se, assim, avaliar a higienização das mãos e utilização de luvas durante a execução de procedimentos constitutivos da prática assistencial do enfermeiro, no serviço de emergência de um hospital público terciário especializado no diagnóstico e tratamento de doenças cardíacas e pulmonares do município de Fortaleza-CE.

Metodologia

A pesquisa que atende aos objetivos desse estudo é do tipo descritivo/exploratório com abordagem quantitativa e delineamento estudo de campo.

Segundo Polit (2004), o estudo de natureza descritiva tem por finalidade observar, descrever, classificar e documentar aspectos de uma situação. A pesquisa exploratória, por sua vez, tem seu início a partir de algum fenômeno de interesse, no entanto mais do que observar e descrever este fenômeno, ela investiga a natureza complexa e outros fatores com os quais está relacionado. Segundo a referida autora “A descrição quantitativa envolve a predominância, a incidência, o tamanho e os atributos mensuráveis de um fenômeno” (POLIT, 2004, p.34). Já na pesquisa de campo, o objeto/fonte de estudo é abordado em seu meio ambiente próprio favorecendo que a coleta de dados ocorra nas condições naturais em que os fenômenos acontecem, sendo assim diretamente observados, sem intervenção e manuseio por parte do pesquisador (SEVERINO, 2007).

A investigação foi realizada nos meses de janeiro a abril de 2011, com 15 enfermeiros que trabalham, em plantões diurnos e noturnos, na emergência de um hospital público terciário especializado no diagnóstico e tratamento de doenças cardíacas e pulmonares.

Durante a coleta de dados, através da observação não participante, direta e sistemática, foram registrados 120 procedimentos executados pelos enfermeiros (30 realizações de exames clínicos ao paciente, 15 coletas de exames de sangue e urina, 30 realizações de curativos,

15 sondagem gastrointestinais, 15 cateterismo vesicais e 15 aspiração de vias aéreas). Para isto foi utilizado, como instrumento de coleta de dados, uma lista de verificação destinada à observação da higienização das mãos (antes e após os procedimentos, apenas antes de sua execução, somente após o término e não realização da higienização) e utilização de luvas.

É importante destacar que durante a observação, teve-se o cuidado de fazer com que os enfermeiros não se sentissem vigiados em suas atividades. Nesse sentido, a fase teste da aplicação do instrumento de coleta de dados, durante uma semana, funcionou como um “quebra gelo” favorecendo a inserção no cenário da pesquisa. Esta etapa também proporcionou escolher o local mais adequado para observar, o momento ideal para registrar os dados, a maneira mais conveniente de solicitar a participação dos sujeitos da pesquisa e de explicar o escopo do estudo. Conforme Polit (2004), os métodos de observação têm ampla aplicação na pesquisa em enfermagem e os enfermeiros estão em posição vantajosa para observar os comportamentos e atividades de pacientes, suas famílias, bem como da equipe de atendimento de saúde.

Após a coleta, os dados foram avaliados segundo estatística descritiva e tabulados, mediante planilha do **Excel**, para suporte à elaboração de índices e cálculos estatísticos. Posteriormente, foram analisados com base na literatura específica.

Esta pesquisa foi previamente submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes (CEP/HM), de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, com número de protocolo 794/10. Vale destacar que este estudo seguiu rigorosamente os princípios ético-legais pregados na resolução 196/96 do CNS/MS, que dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Portanto, os enfermeiros tiveram total liberdade para aceitar, recusar ou desistir de participar desse estudo, além da garantia do sigilo de sua identidade.

Resultados e Discussão

Durante a coleta dos dados no setor de emergência, os enfermeiros executaram 120 procedimentos. Percebe-se na Tabela 1, abaixo relacionada, que apenas em 32 ocasiões estes profissionais higienizaram as mãos antes e após o procedimento a ser executado, conforme recomenda o Ministério da Saúde. Portanto, pode-se dizer que a adesão à higienização das mãos, nesse estudo, foi de 26,7%. Estudo desenvolvido por Bathke *et al.* (2013), obteve resultado semelhante a este. A taxa geral de adesão foi de 26,5%(N=338), dentre as 1277 oportunidades observadas.

Tabela 1- Frequências referentes à higienização das mãos versus utilização de luvas na totalidade dos procedimentos

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	N	%
Antes e após o procedimento	32	26,7
Antes do procedimento	6	5
Após o procedimento	58	48,3
Não realizada	24	20
Total de Procedimentos	120	100
UTILIZAÇÃO DE LUVAS	N	%
	109	90,3
Total de Procedimentos	120	100

Percebe-se que a higienização das mãos como medida imprescindível para prevenir a propagação das infecções e promover a saúde, não foi suficientemente incorporada à prática assistencial dos participantes desse estudo. Conforme Brasil (2007) estudos avaliam que a adesão dos profissionais à prática da higienização das mãos, de forma constante na rotina diária, ainda é insuficiente.

A prática da higienização das mãos, além de atender às exigências legais e éticas, promove a melhoria da qualidade no atendimento e assistência. Os benefícios destas práticas são indiscutíveis, desde a diminuição da morbidade e mortalidade dos pacientes até a redução de custos hospitalares dispensados ao tratamento dos quadros infecciosos.

Foi evidenciado, nesta pesquisa, que em 48,3% dos procedimentos realizados, os enfermeiros só higienizaram as mãos após a execução dos mesmos. Assim procedendo, estes profissionais demonstram estar preocupados apenas com a autoproteção, esquecendo-se da segurança do paciente sob seus cuidados. Sabe-se que as mãos são consideradas ferramentas essenciais do trabalho dos enfermeiros, pois são as executoras das atividades por eles desempenhadas. Deste modo, a segurança do paciente está sujeito à higienização criteriosa e frequente das mãos destes profissionais, assim como de toda a equipe de saúde.

Na totalidade dos procedimentos realizados, a adesão ao uso de luvas foi de 90,3%. Sendo assim, a frequência da utilização de luvas comprova que este é um dos EPIs mais utilizados nos serviços de saúde. Lima (2008), ao desenvolver estudo sobre uso de equipamentos de proteção individual com a equipe de enfermagem, analisou 176 situações de trabalho em que a utilização de luvas foi considerada obrigatória e concluiu que o uso de luvas foi efetivo em 75% dos casos (132 situações de trabalho).

No entanto, o uso de luvas aliado a uma baixa higienização das mãos, conforme resultados expressos na tabela1, pode promover na equipe de saúde uma falsa segurança quanto à prevenção da transmissão de microorganismos que causam infecção hospitalar. Segundo o Manual de Biossegurança para serviços de saúde (2003) a utilização de luvas é um dos fatores que faz com que o profissional de saúde não realize a higienização das mãos. Entretanto, Lima (2008) afirma que o uso de luvas deve ser sempre considerado como um complemento da higienização das mãos e nunca da sua substituição.

Conclusão

Diante da baixa adesão a higienização das mãos durante a realização de 120 procedimentos realizados pelos enfermeiros, pode-se concluir que houve maior adesão nas indicações que refletem a proteção do profissional quando comparadas àquelas relativas à proteção do paciente. Ao mesmo tempo, houve forte adesão ao uso de luvas. Portanto, pode-se afirmar que a assistência na unidade investigada pode implicar riscos para a segurança dos usuários.

Faz-se necessário que os gestores em concordância com a educação continuada reelaborem e intensifiquem as ações educativas, já desenvolvidas, com o objetivo de promover, na equipe de saúde, a adesão a higienização das mãos. Ter as mãos devidamente higienizadas é imprescindível para a prevenção de doenças e promoção da saúde, beneficiando ao mesmo tempo os clientes sob seus cuidados, a área de trabalho e os colegas de profissão.

Referências

BATHKE, Janaína et al . Infraestrutura e adesão à higienização das mãos: desafios à segurança do paciente. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, June 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 196/96**. Conselho Nacional da Saúde. out. 1996.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Higienização das mãos em serviços de saúde**. Brasília : Anvisa, 2007.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente. Higienização das mãos. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

GATTI, Maria Fernanda Zorzi **A música como intervenção redutora da ansiedade do profissional de serviço de emergência** : utopia ou realidade? (dissertação). São Paulo: Escola de Enfermagem/USP; 2005.

LIMA, Jorge Patrício de Barros. **A utilização de equipamentos de protecção individual pelos profissionais de Enfermagem** – práticas relacionadas com o uso de luvas. (dissertação de mestrado) Guimarães: Universidade do Minho, p.168, 2008.

MANUAL DE BIOSSEGURANÇA PARA SERVIÇOS DE SAÚDE/ Carla Maria Oppermann, Lia Capsi Pires. — Porto Alegre : PMPA/SMS/CGVS, 2003.

PINHEIRO, Joziane; ZEITOUNE, Regina Célia Gollner. Hepatite B: o conhecimento e medidas de biossegurança e a saúde do trabalhador de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, v.12, n.2, 2008. Disponível em: www.scielo.com.br Acesso: 13 de out 2010.

POLIT, Denise F; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: Métodos, avaliação e utilização. 5a. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

SEVERINO, Antônio Joaquim. Metodologia do Trabalho Científico. 23 ed. rev. e atualizada. São Paulo: Cortez, 2007.

Agradecimentos

Agradecemos todos os enfermeiros que participaram dessa pesquisa e todos os Gestores da referida instituição, em especial, aqueles que coordenam o setor de Emergência.

PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL A ESCOLARES EM DEPRESSÃO

Gabriela da Cunha Gomes - Universidade de Fortaleza (UNIFOR) - cunhagg@hotmail.com
Ana Maria Fontenelle Catrib - Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

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

Resumo

A Política Nacional de Promoção da Saúde (2006) constrói uma oportunidade de se refletir sobre as transformações mundiais, especialmente no Brasil, enfatizando o papel das tecnologias para o auxílio das atividades humanas e que a saúde envolve os modos de organização e de sentido que o homem atribui a sua vida. O presente trabalho é de natureza bibliográfica, segue as diretrizes e procedimentos da abordagem qualitativa e tem como objetivo investigar a depressão em escolares. Para tanto, tomou-se como referência a Política Nacional de Promoção da Saúde (2010), os estudos que contemplaram o Inventário de Depressão Infantil (CDI), criado por Kovács (1983) e os conceitos de formação grupal e adolescência advindos da Psicanálise. Os resultados parciais apontam a adolescência refere-se a um momento em que os laços fraternos sobrepõem-se aos laços parentais, de forma que os jovens se identificam entre si e tendem a formar grupos, como meio de integrar-se ao laço social. Nesse sentido, entende-se que estudar sintomas depressivos na escola é fundamental para se compreender o tempo adolescente, suas dificuldades e peculiaridades e como o sofrimento psíquico afeta o sujeito de forma geral, interferindo negativamente no processo de aprendizagem e, em sua forma mais extrema, levando ao risco de suicídio. Concluiu-se que o ambiente escolar tem um papel fundamental no atingimento desse objetivo, pois é reconhecidamente o espaço de referência para promover a saúde e o bem-estar de crianças e adolescentes, haja vista que no espaço escolar são gestadas as condições para o desenvolvimento integral do sujeito.

Introdução

A Constituição Federal, em seu art. 227 caput, preconiza que é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem com absoluta prioridade o direito à saúde, dentre outros. Sendo assim, é função do Estado e demais organismos de proteção dos direitos de crianças e adolescentes fomentar ações que garantam o acesso à saúde e promovam a cidadania de pessoas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) se destaca no cenário mundial, uma vez que incentiva, organiza, planeja e aciona recursos para a vida. A OMS considera que a adolescência compreende o período dos 10(dez) aos 19(dezenove) anos de idade e constata que nos dias atuais, quase 1(um) em cada 5(cinco) pessoas no mundo é um adolescente. Existem cerca de 1,2 bilhões de pessoas no mundo nesta faixa etária, de forma que a OMS desenvolveu um relatório denominado "Saúde para adolescentes do mundo", visando compreender a saúde e desenvolvimento de adolescentes a partir de trabalhos voltados para promover a saúde dos mesmos, incluindo o que promove ou prejudica a saúde e de que forma as comunidades e países estão atendendo às necessidades dos adolescentes. (OMS, 2013 online, tradução nossa).

A OMS considera que a depressão é um transtorno mental comum, identificado por tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa, baixa auto-estima, sono perturbado, falta de apetite, sensação de cansaço e falta de concentração. Esse transtorno pode ser duradouro ou recorrente e afeta substancialmente a capacidade do indivíduo no trabalho, na escola ou nas atividades da vida diária. (OMS, tradução nossa). Para a OMS a depressão representa um substancial desafio de saúde pública bem como para os campos social, econômico e clínico, ao passo que esta Organização tem incentivado os governos e a sociedade civil de que a depressão é uma doença que afeta os indivíduos, suas famílias e seus pares globalmente, mas que esta é tratável. Por conseguinte, entende-se que há uma necessidade unânime de se compreender o fenômeno depressivo em adolescentes, suas características, possíveis consequências e seu tratamento.

A ciência orienta o diagnóstico do transtorno depressivo a partir de correlações entre elementos comportamentais, biológicos e sociais, porém, o saber psicanalítico estende sua compreensão do sujeito deprimido, partindo do pressuposto de que o sintoma não é garantia de uma patologia, mas sim de que ele substitui o material recalcado, por meio de um estado de tristeza profundo. Logo, a definição médica do fenômeno depressivo é comumente localizada no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV), na qual o Transtorno Depressivo insere-se nos Transtornos de Humor, e se subdivide em Transtorno Depressivo Maior, Distímia e Transtorno Depressivo sem outra especificação. (DSM IV, 2002) Já na clínica psicanalítica o diagnóstico não é prévio, mas inevitavelmente construído e, uma vez levantado está em suspenso, pois a compreensão psicanalítica não tem o mesmo objetivo da ciência médica, já que o diagnóstico médico é mobilizado por dois objetivos: o de observação, para determinar a natureza da doença e o de classificação, que localiza o estado patológico no campo da nosografia. Enquanto que o psicanalista realiza uma avaliação essencialmente subjetiva, em que sua técnica de trabalho é a escuta do paciente. (DOR, 1991)

Para o saber psicanalítico a adolescência refere-se a um momento em que os laços fraternos sobrepõem-se aos laços parentais, de forma que os jovens se identificam entre si e tendem a formar grupos, como meio de integrar-se ao laço social. O ambiente escolar, por sua vez, oferece oportunidades para o jovem interagir e conviver em pares, tendo em conta que este reúne condições para o desenvolvimento cognitivo e emocional do sujeito, contribuindo para a livre manifestação psíquica. Salientando que o processo educacional opera em paralelo à construção da identidade do sujeito, entende-se que investigar sintomas depressivos na escola é fundamental para viabilizar estratégias de promoção da saúde mental voltadas para adolescentes, visto que estes sintomas, quando precocemente identificados, podem sinalizar conflitos emocionais que ensejam a escuta do sujeito no ambiente escolar e oportuniza a ressignificação de experiências. A Política Nacional de Promoção da Saúde (2006) constrói uma oportunidade de se refletir sobre as transformações mundiais, especialmente no Brasil, enfatizando o papel das tecnologias para o auxílio das atividades humanas e que a saúde envolve os modos de organização e de sentido que o homem atribui a sua vida. Para tanto, enseja a aquisição de princípios norteadores como a *Intersectorialidade*. Este, por sua vez, ambiciona o trabalho em rede, ou seja, que as práticas de saúde, no contexto escolar viabilizem a interlocução de práticas e saberes e que os profissionais de educação e saúde acessem e disponibilizem suas habilidades e talentos a serviço das ações coletivamente empreendidas.

Metodologia

Com o intuito de manter um embasamento teórico coerente com a opção epistemológica, a presente pesquisa é do tipo bibliográfico, de natureza descritiva e segue as diretrizes e procedimentos da abordagem qualitativa, coerente com a compreensão de que os

fenômenos humanos, devido a sua complexidade, necessitam ser pesquisados sob os mais diferentes ângulos e variadas metodologias (MINAYO, 2002). A pesquisa tem, pois o propósito de investigar a depressão em escolares, para tanto, tomará como referência a Política de Promoção da Saúde (2010), os estudos que contemplaram o Inventário de Depressão Infantil (CDI), criado por Kovács (1983), os conceitos de formação grupal e adolescência fundamentados na escola clássica da Psicanálise.

Resultados e Discussão

Estudar sintomas depressivos na escola é fundamental para se compreender o *tempo adolescente*, suas dificuldades e peculiaridades e como o sofrimento psíquico afeta o sujeito de forma geral, interferindo negativamente no processo de aprendizagem e, em sua forma mais extrema, levando ao risco de suicídio. Para se entender as operações psíquicas mais comuns durante a adolescência, deve-se analisar as formações grupais e a dimensão de sua estruturação a nível inconsciente. Para tanto, é imprescindível recorrer aos textos freudianos, uma vez que Freud anuncia que as formações grupais são norteadas por uma espécie de mente coletiva, na qual os integrantes do grupo podem vir a renunciar seus interesses pessoais a favor dos interesses coletivos.

Nos estudos de Freud (1921) os grupos são considerados impulsivos, mutáveis e irritáveis, sendo quase exclusivamente direcionados por seu inconsciente grupal. Ao falar das massas artificiais como a *igreja* e o *exército*, Freud ressalta o amor destinado aos líderes das duas organizações, pois o líder impulsiona seu grupo e desperta à memória coletiva de seus componentes, assumindo assim o lugar do *pai primordial*. À vista disso, nos grupos há um sentimento de onipotência que, por conseguinte afeta as noções de possibilidade e impossibilidade, fazendo com que a mente grupal não obedeça a limites e permaneça sugestiva à influências, apresentando uma suspensão de suas faculdades críticas. Freud também menciona o papel do líder no grupo, uma vez que este anseia por obediência, se mostrando suficientemente forte por meio do fascínio irresistível que exerce sobre o grupo, que recebe o nome de *prestígio*. Segundo Freud (1921, p.22) “O prestígio é uma espécie de domínio exercido sobre nós por um indivíduo, um trabalho ou uma ideia”. Sendo assim, o prestígio suspende as faculdades críticas do sujeito e o infla de adoração e respeito ao líder. O prestígio pode ser do tipo *artificial* ou *pessoal*, sendo o primeiro em geral, procedente de bens materiais e o segundo de sua própria supremacia sobre o grupo. Neste contexto, os grupos providos de líder são mais fortes e coesos, entretanto, são suscetíveis a inconstâncias. Assim, entende-se que a mente grupal se autogoverna e tende a não discernir entre o que é falso ou verdadeiro excluindo a autoconsciência do sujeito.

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

É indispensável ressaltar as pesquisas atuais no campo da depressão, de maneira que os estudos realizados por Gouveia e outros (1995) acerca da identificação de sintomas depressivos referencia a utilização do *Inventário de Depressão Infantil* (CDI), criado por Kovács (1983). O CDI foi adaptado do Beck Depression Inventory para adultos e tem como objetivo a detecção da presença e da severidade do transtorno depressivo em pessoas de 7 a 17 anos. A importância e amplitude deste instrumento de diagnóstico permitiu que pesquisadores do Rio Grande do Sul fizessem adaptações do CDI para utilização e manejo com crianças institucionalizadas, obtendo resultados de expressiva relevância no campo de investigação da depressão.

Em face desta constatação, compreende-se que a *escola* é atualmente reconhecida como o espaço de referência para promover a saúde e o bem-estar de crianças e adolescentes. No espaço escolar são gestadas as condições para o desenvolvimento integral do sujeito, de maneira que o campo escolar foi reivindicado pelas ciências da vida como instrumento vital e mobilizador da autonomia e crescimento do indivíduo. A escola é contemplada por diversas políticas que visam identificar os entraves que bloqueiam o efetivo funcionamento deste organismo. Sendo assim, a *Política Nacional de Promoção da Saúde* destaca-se no cenário brasileiro, ao passo que incentiva a responsabilidade coletiva e a cidadania, reconhecendo a necessidade de superação da abordagem fragmentada dos processos de saúde-adoecimento.

A promoção da saúde na escola efetiva ações intersetoriais complexas por diversos motivos. Embora sejam realizadas atividades de educação em saúde, essas ações em sua totalidade privilegiam intervenções preventivas, bem como o controle de doenças, não beneficiando a construção de atitudes de vida saudáveis, o desenvolvimento psicossocial e a saúde mental em práticas mais efetivas. (BRASIL, 2006). O conhecimento deste panorama evidencia que a prática de promoção transcende o foco da saúde como ausência de doença, legitimando a saúde enquanto recursos para a vida, tais como: educação, habitação, condições de trabalho, lazer, cultura, acesso a bens entre outros. (BRASIL, 2010).

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986, em Ottawa (Canadá), tornou-se fundamental para se repensar o desenvolvimento da saúde e seus desdobramentos na vida das pessoas. A Promoção da Saúde atua na capacitação da comunidade para que esta possa modificar sua qualidade de vida e saúde, gerando recursos para a saúde das pessoas. Tendo em vista que a política de Promoção da Saúde preconiza a equidade, justiça social, habitação e, sobretudo a educação, torna-se fundamental trabalhar com estratégias de Promoção da Saúde para escolares. Tendo em vista que as ações promotoras de saúde visam *empoderar* os sujeitos para que estes possam modificar seu potencial de vida e bem-estar. Nesse sentido, compreende-se que tais ações possibilitam o desenvolvimento de habilidades pessoais, mudanças de atitude e controle sobre as circunstâncias da própria vida. Considera-se que as ações promotoras de saúde para escolares refletem ações de promoção da saúde mental à medida que viabilizam espaços para se discutir as necessidades e dificuldades atuais dos adolescentes, resgatando a auto-estima destes sujeitos. Ao passo em que constrói um canal para troca de experiências e informações, viabilizando a educação em saúde.

Conclusão

Assegurar às crianças e aos adolescentes o direito à saúde e o acesso às estratégias de redução de danos é uma exigência legal, conforme preconiza o Sistema de Garantia de Direitos do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA- Lei n.8.069/1990). Ciente das exigências legais, este estudo pôs em relevo o cuidado da saúde mental dos adolescentes. Em face desta constatação, compreende-se que o ambiente escolar tem um papel fundamental no atingimento desse objetivo, pois a escola é reconhecidamente o espaço de referência para promover a saúde e o bem-estar de crianças e adolescentes. No espaço escolar são gestadas as condições para o desenvolvimento integral do sujeito, de maneira que o campo escolar foi reivindicado pelas ciências da vida como instrumento vital e mobilizador da autonomia e crescimento do indivíduo.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf> Acesso em: 19 ago. 2014.

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

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

DOR, Joel. **Estruturase clínica psicanalítica**. Tradução de Jorge Bastos e André Telles. Rio de Janeiro: Timbre Editores, 1991.

FREUD, S. **Psicologia das massas e análise do eu**. Tradução de I. Izecksohn. Rio de Janeiro: Delta, [s.d]. p. 7-105. v.9. Obras completas de Sigmund Freud.

GOUVEIA, V. V. et al. Inventário de depressão infantil-CDI: Estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 1995. p. 345-349.

KOVÁCS, M. **The Children`s Depression Inventory**: A self-rated depression scale for school - aged youngsters. University of Pittsburg.1983

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS: DSM IV. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

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

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

WHO. **World Health Organization**. Disponível em: <<http://www.who.int/topics/depression/en/>> Acesso em: 20 ago. 2014.

Agradecimentos

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

PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL DA MULHER NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Amanda Cabral da Silva – Enfermeira. Centro Acadêmico de Vitória - Universidade Federal de Pernambuco. amandacabralsilva@yahoo.com.br

Cristiane de Andrade Serra Sêca Leimig – Enfermeira da Estratégia Saúde da família do Município da Vitória de Santo Antão - PE.

Aline Sheilla Cabral Silva – Enfermeira. Universidade Maurício de Nassau.

Maria de Fátima Lucena dos Santos – Enfermeira do Programa de Residência Multiprofissional de Interiorização de Atenção à Saúde – UFPE.

Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli – Docente do curso de Enfermagem do Centro Acadêmico de Vitória - Universidade Federal de Pernambuco.

Palavras-chave: Saúde mental. Saúde da mulher. Promoção da saúde.

Resumo

A gravidez é uma condição que envolve mitos, dúvidas, crenças e expectativas que podem ter influências positivas ou negativas para a saúde mental da mulher. O enfermeiro deve estar atento aos sinais de labilidade emocional que podem ser evidentes já nas primeiras consultas de pré-natal. O ambiente da sala de espera pode ser um local estratégico para o desenvolvimento de ações coletivas que ajudem a esclarecer dúvidas, estimular o diálogo e promovam o bem-estar da gestante. Objetivo: Descrever as ações de promoção à saúde mental da mulher no período gestacional. Métodos: Trata-se de um relato experiência desenvolvido durante as atividades em um projeto de extensão voltado para a promoção da saúde mental da mulher. A proposta é destinada às mulheres atendidas em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Realizaram-se cinco encontros. As ações foram registradas em diários de campo e avaliadas pelas usuárias em uma escala de satisfação. Respeitaram-se todos os aspectos éticos envolvendo pesquisas com seres humanos. Resultados: Foram abordados temas voltados para as modificações durante a gestação. Dentre os aspectos discutidos, aqueles que estimularam a maior participação das gestantes foram voltados para as alterações de pele ocorridas durante a gestação. Conclusões: Durante as consultas de pré-natal, a sala de espera pode ser usada como um ambiente promotor de saúde mental, gerador de conhecimentos e esclarecimentos de dúvidas relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal, sobretudo no que concerne à promoção da auto-estima da mulher.

Introdução

A gravidez e o parto são eventos fisiológicos que promovem alterações físicas e emocionais nas mulheres, requerendo cuidados por parte da família e dos profissionais de saúde, justificando a atenção à saúde para além de um útero gravídico (BUSANELLO *et. al*, 2011). É possível observar que as fases do ciclo reprodutivo envolvem situações potencialmente estressoras que aumentam a susceptibilidade para transtornos mentais bastante característicos desse momento do ciclo de vida da mulher e mais evidentes após o parto (TUONO *et. al*, 2007).

Os fatores que geralmente influenciam negativamente o binômio materno-fetal têm seu início no período pré-concepcional ou pré-natal (MÄDER *et. al*, 2002). Nesse período, a mulher tende a buscar com mais frequência os serviços de saúde. Diante disso, os profissionais de saúde têm a oportunidade de diagnosticar ou prevenir possíveis alterações emocionais nas fases iniciais, contribuindo para a promoção de uma gestação mais saudável. No entanto, muitas vezes, essa assistência especial no período gravídico não pode ser oferecida de maneira individual, sobretudo em serviços públicos, devido à rotina das UBS e à demanda elevada de mulheres.

Nesse caso, a melhor estratégia é promover a saúde mental com ações coletivas utilizando a sala de espera das UBS. A usuária gestante que procura esses serviços deve ser assistida em sua totalidade para promover um cuidado que vá além das práticas curativas. Essa assistência deve estar associada às ações de promoção à saúde mental com a criação de vínculos, espaços de escuta e diálogo e compartilhamento de saberes (SOUZA *et. al*, 2008).

Diante do exposto, o objetivo deste estudo é relatar a experiência de estudantes de graduação em enfermagem a partir da realização de ações de promoção à saúde mental da mulher em uma UBS.

Metodologia

Trata-se de um relato experiência desenvolvido durante as atividades do projeto de extensão intitulado "Ações de promoção à saúde mental da mulher no ciclo gravídico-puerperal". Os encontros foram realizados com gestantes que aguardavam a consulta pré-natal em sala de espera de uma UBS localizada em um município da zona da mata do estado de Pernambuco. Cada atividade durou cerca de 40 minutos e abordou os seguintes temas: Alterações físicas na gravidez; alterações emocionais; alimentação; e amamentação. Esses temas foram abordados por meio de exposição visual dialogada, jogos, dinâmicas e rodas de conversa.

Além disso, foram executadas ações de bem-estar, tais como: 1. Limpeza de pele e orientação sobre manchas e estrias decorrentes das alterações gestacionais; 2. Dinâmica do espelho: as mulheres foram encorajadas a falar sobre os seus medos e suas insatisfações com o corpo durante o período gestacional; 3. Musicoterapia: foi utilizada para abordar o tema amamentação e frisar a importância dessa prática não apenas como um fator importante para o desenvolvimento do bebê, mas como um meio de aproximação e vínculo deste com a mãe; 4. Dinâmica com fantoches com estímulo ao diálogo da mãe com o filho para fortalecer a relação afetiva; 5. Massagens no ventre com óleos aromáticos: as mães foram encorajadas a estabelecer a comunicação com seus bebês desde a gestação.

As experiências foram registradas por meio de observação, diário de campo e informações fornecidas pelas participantes. A avaliação de cada atividade ocorreu por meio de uma escala de satisfação pontuando de 1 a 3. Os achados do diário de campo e a escala de satisfação foram analisados de acordo com as observações e seus principais aspectos e resultados foram destacados de forma a compará-los com os achados na literatura. Foram respeitados os aspectos éticos referentes às pesquisas com seres humanos.

Resultados e Discussões

As atividades desenvolvidas durante as consultas de pré-natal atingiram 40 gestantes cadastradas na unidade lócus de ação. As mulheres avaliaram as ações educativas como muito satisfatórias e relevantes para a saúde da mulher, principalmente aquelas

relacionadas com a promoção da auto-estima. Isso mostra que o bem estar físico é uma condição importante e afeta diretamente as emoções e a autoestima da mulher (MACOLA *et al.*, 2010).

As participantes foram encorajadas a falarem sobre seu estado emocional a partir de rodas de conversa, dinâmica do espelho e escuta qualificada. A abordagem permitiu a verbalização das mães sobre a resistência para aceitar a gravidez. A partir da observação, foi evidente a necessidade de algumas mulheres para expressar seus sentimentos de medo, dúvidas, angústias e tristeza.

Muitos fatores podem estar envolvidos com a insatisfação com a gravidez, tais como a interrupção dos estudos, a perda da confiabilidade da família e, em alguns casos, o abandono do companheiro e das expectativas para o futuro, provocando grande desestabilidade psíquica (CAVALCANTI *et al.*, 2000; MENESES, 2008). Dialogar sobre essas questões nem sempre é agradável e confortável, mas a partir do momento em que esses incômodos são compartilhados e compreendidos por um grupo de mulheres, a gestante é estimulada a refletir sobre a sua vida e a realidade. O grupo fornece suporte às gestantes e proporciona discussões que envolvem vários componentes afetivos, possibilitando um clima de sensibilização para os aspectos relativos ao ciclo gravídico-puerperal e à subjetivação das informações bem como uma vivência positiva da gestação, do parto e da maternidade (KLEIN *et al.*, 2008).

As adolescentes apresentaram resistência quanto às ações voltadas para a promoção da comunicação entre mãe e bebê. As perdas ou renúncias vivenciadas na gravidez que estão associadas ao período da adolescência podem ter repercussões emocionais e acarretar a somatização de sinais e sintomas, como por exemplo, falta de interesse com o filho, tristeza e isolamento que colocam a gestação em risco. Contudo, a forma da mãe de lidar com esses aspectos depende de fatores familiares, conjugais, sociais, culturais e da personalidade da adolescente (FALCONE *et al.*, 2005). É importante fornecer uma rede de apoio e de práticas que promovem o bem-estar e a saúde mental dessa clientela.

Nos ambientes de sala de espera, fica evidenciado que o enfermeiro(a) tem a oportunidade de utilizar esse espaço para prestar um atendimento mais humanizado, sendo possível conhecer as reais necessidades do público alvo, suas condições sociais e emocionais (JAPUR *et al.*, 2008; CABRAL *et al.*, 2005).

É imprescindível que os profissionais envolvidos com os cuidados prestados à mulher saibam identificar a instabilidade e/ou labilidade emocional e direcionem as ações de cuidado, no sentido de ajudá-las a lidar com as dificuldades encontradas neste momento de transição do ciclo vital (SILVA *et al.*, 2001).

Observou-se que as gestantes demonstraram interesse e participação na maioria das atividades propostas. Essas ações, quando realizadas em grupo, possibilitam a troca de experiências e a formação de uma rede de apoio, ainda que incipiente, além de serem momentos de descontração e lazer.

Conclusão

As atividades mostraram a necessidade da mulher ser assistida em sua totalidade. Promover ações que repercutam positivamente na sua saúde mental auxilia a mãe a vivenciar o período gestacional de modo mais saudável. A abordagem das dificuldades que podem ocorrer durante a gestação, das expectativas das gestantes e dos seus sentimentos pode levá-las a se sentirem mais seguras para superar as possíveis adversidades nesse momento da vida.

O projeto tem proporcionado o entendimento da importância de uma assistência à saúde voltada para as peculiaridades psicossociais que envolvem a mulher e a criança. As percepções, os saberes, os sentimentos e as experiências prévias das gestantes são fatores importantes para a promoção da saúde do binômio mãe-filho.

Ademais, essas ações de promoção, ocorridas na sala de espera, proporcionam um espaço de valorização dos saberes populares em saúde e possibilita ao estudante de graduação a percepção da saúde mental como um aspecto que perpassa todos os contextos de vida do sujeito.

Salienta-se a dificuldade para formar um grupo de gestantes para participar ativamente das ações, pois essas mulheres, por vezes, possuem outras atribuições que as impossibilitam de comparecer às atividades, sendo um desafio para a realização das atividades do projeto.

Referências

- BUSANELLO, JL, FILHO WD, PEREIRA, NCK, et al. Participação da mulher no processo decisório no ciclo gravídico-puerperal: revisão integrativa do cuidado de enfermagem. *Rev. Gaúcha Enferm.* [online]. 2011, vol.32, n.4, pp. 807-814. ISSN 1983-1447. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000400023>.
- CABRAL, FB, RESSEL, LB, LANDERDAHL, MC. Consulta de enfermagem: estratégia de abordagem à gestante na perspectiva de gênero. *Esc. Anna Nery* [online]. 2005, vol.9, n.3, pp. 459-465. ISSN 1414-8145. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452005000300014>.
- CAVALCANTI APLS, ZENI AP, PINHEIRO EB, et al. Aspectos psicossociais de adolescentes gestantes atendidas em um serviço público da cidade do Recife. In: Ramos FRS, Monticelli M, Nitschke RG, organizadores. Um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília DF:ABEn; 2000.
- FALCONE VM, MADER CVN, NASCIMENTO CFL, et al. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. *Rev Saúde Pública.* 2005;39(4):612-8.
- JAPUR, M.; BORGES, C. C. Sobre a (não) adesão ao tratamento: Ampliando sentidos do autocuidado. *Texto e Contexto Enferm.* Florianópolis, 2008. Jan-mar; 17(1): 64-71.
- KLEIN, MMS, GUEDES, CR. Intervenção psicológica a gestantes: contribuições do grupo de suporte para a promoção da saúde. *Psicol. cienc. prof.* [online]. 2008, vol.28, n.4, pp. 862-871. ISSN 1414-9893. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932008000400016>.
- MACOLA, L; VALE, IN, CARMONA, EV. Avaliação da autoestima de gestantes com uso da Escala de Autoestima de Rosenberg. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2010, vol.44, n.3, pp. 570-577. ISSN 0080-6234. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000300004>.
- MÄDER CVN, NASCIMENTO CL, SPADA PV, NÓBREGA FJ. Avaliação e fortalecimento do vínculo materno-fetal. *Rev Paul Pediatr* 2002;5:236-40.
- MENESES CRAM. Fatores associados a transtornos mentais comuns e desejo de engravidar em gestantes adolescentes [Tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2008.
- SILVA WV. A qualidade da comunicação do profissional de saúde na assistência pré-natal. Santos (sp): Leopoldianum; 2001.
- SOUZA KV, CUBAS MR, ARRUDA DF, et al. A consulta puerperal: demandas de mulheres na perspectiva das necessidades sociais em saúde. *Rev Gaúcha Enferm.* 2008;29(2):175-81.
- TUONO VL, MELLO JORGE MHP, GOTLIEB SLD, et.al. Transtornos mentais e comportamentais nas mortes de mulheres em idade fértil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2007;16(2):85-92.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

407

Agradecimentos

Às mulheres que participaram das ações, à equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde que colaborou com a proposta e à Universidade Federal de Pernambuco que financiou as atividades do projeto "Ações de promoção à saúde mental da mulher no ciclo gravídico-puerperal".

PROMOÇÃO DA SAÚDE NA AVALIAÇÃO DA SUSCEPTIBILIDADE PARA O DESENVOLVIMENTO DE CÂNCER DE MAMA.

Anna Paula Sousa da Silva. Universidade Federal do Ceará. Email: annapaula_ufc@yahoo.com.br

Isabella Lima Barbosa. Universidade de Fortaleza

Francisco Roberto Guedes Pinheiro Barbosa. Prefeitura Municipal de Fortaleza.

Ana Fátima Carvalho Fernandes. Universidade Federal do Ceará

Palavras-chave: Neoplasias da mama. Promoção da Saúde. Detecção Precoce.

Resumo

Objetivou-se identificar os fatores de risco envolvidos no desenvolvimento do câncer de mama em um grupo de mulheres. Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado no município de Fortaleza-Ce em uma Unidade Básica de Saúde. A população do estudo foi composta por mulheres cadastradas na referida unidade que realizaram o exame de prevenção ginecológica, nos meses de abril e maio de 2011, sendo baseada no número de atendimentos ginecológicos mensais, totalizando uma amostra de 294 mulheres. O estudo tornou-se relevante à medida que possibilitou a criação de estratégias de educação em saúde, baseando-se nos riscos encontrados, a fim minimizar as lacunas do conhecimento e a realização dos exames de detecção precoce do câncer de mama e, dessa forma, promover a saúde mamária.

Introdução

As mudanças demográficas e os estilos de vida que se produziram nas últimas décadas na maioria dos países da Ásia, África e América Latina modificaram a exposição de suas populações aos riscos associados ao câncer em geral e ao câncer de mama em particular. A ampliação do acesso a serviços sanitários e água potável, as melhoras na nutrição e o incremento nas coberturas de vacinação, entre outros fatores, deram lugar a um decréscimo da mortalidade infantil que, por sua vez, deu origem a uma diminuição da fecundidade e um aumento da expectativa de vida (FRENK, 2009). As estatísticas atuais mostram que mais da metade dos casos novos de câncer reportados anualmente ocorrem em países subdesenvolvidos e que mesmo nos países desenvolvidos, as classes sociais menos privilegiadas são as que apresentam as maiores taxas da doença. O número de casos novos apresenta tendência ascendente devido às mudanças ambientais, urbanização crescente e adoção de estilos de vida favoráveis a carcinogênese, assim como ao acúmulo de pessoas idosas na população (MOLINA; DALBEN; LUCA, 2003). A modificação no estilo de vida da população, destacando-se a adoção de hábitos de vida não saudáveis, é significativa no aumento de casos de câncer na população mundial e, dentre todos os tipos de câncer, a neoplasia mamária é o que se destaca entre as mulheres. Esta neoplasia tem-se caracterizado como um grave problema de saúde pública, não só pelo número de casos crescentes diagnosticados a cada ano, mas também pelo investimento financeiro que é necessário para equacionar as questões de diagnóstico e tratamento. O que indica uma forte associação deste tipo de câncer com as condições de vida precárias, os baixos índices de desenvolvimento humano, a ausência ou fragilidade das estratégias de educação comunitária (promoção e prevenção da saúde) e com a dificuldade de acesso a serviços públicos de saúde para o diagnóstico precoce e o tratamento de lesões precursoras (BRASIL, 2012). Alguns fatores são considerados para a predisposição do seu aparecimento, tais como: história familiar, especialmente de mãe e irmã acometidas antes da pré-menopausa; a idade, que constitui outro importante fator de risco, havendo um aumento rápido da incidência com o aumento da idade; a menarca precoce; a menopausa tardia (instalada após os 50 anos de idade); a ocorrência da primeira gravidez após os 30 anos e a nuliparidade; a ingestão regular de álcool, mesmo que em quantidade moderada; a exposição a radiações ionizantes em idade inferior a 35 anos e o uso de contraceptivos orais, embora este último ainda seja controverso (BRASIL, 2010). O controle do câncer de mama fundamenta-se no mapeamento do risco a que as mulheres estão expostas, no planejamento e na implementação de ações que visam à detecção de tumores cada vez menores. Entende-se como conceito básico de Promoção da Saúde o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo, identificando aspirações, satisfazendo necessidades e modificando de maneira favorável o meio ambiente (BORGHESAN; PELLOSO; CARVALHO, 2008). Diante do número crescente de casos novos de câncer de mama em estágios bastante avançados e com mulheres com o nível educacional e socioeconômico desfavorável, com pouca informação sobre saúde, julgou-se necessário realizar uma pesquisa que avaliasse ações de detecção precoce e fatores de risco para câncer de mama, em mulheres atendidas em uma Unidade Básica de Saúde.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico com abordagem quantitativa sobre ações de detecção precoce e fatores de risco para câncer de mama. Do ponto de vista quantitativo, a análise descritiva envolve o estudo freqüencial e paramétrico dos dados coletados, enquanto, o estudo analítico trata de analisar os dados, por meio de métodos inferenciais estatísticos, envolvendo testes de hipóteses e intervalos de confiança (GIL, 1999). A pesquisa foi desenvolvida em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada em uma área de periferia do Município de Fortaleza-Ceará, pertencente à Secretaria Executiva Regional I – SER I, na qual funcionam cinco equipes da estratégia de saúde da família (ESF) constituídas por: um enfermeiro, um médico, um dentista, quatro auxiliares de Enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde e abrange um contingente de 40 mil pessoas no total. A escolha desta unidade deu-se por se tratar de uma UBS que trabalha de acordo com a ESF, na qual se desenvolve programa de prevenção ginecológica por enfermeiros e médicos integrantes das respectivas equipes de saúde. A população do estudo foi composta por 294 mulheres cadastradas na referida UBS que realizaram o exame de prevenção ginecológica nos dois meses destinados para a coleta de dados, sendo baseada no número de atendimentos ginecológicos mensais (cerca de 200 atendimentos/mês). O instrumento de coleta de dados foi um formulário semi-estruturado contendo informações acerca dos dados relativos à identificação, fatores de risco, grau de conhecimento acerca dos exames de detecção precoce do câncer de mama. Os dados foram organizados e tratados através do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão, 16.0 a fim de se obter os resultados finais para discussões posteriores com base na literatura pertinente, sendo os mesmos tabulados, processados e analisados, em tabelas. O estudo foi encaminhado para análise e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará – Complexo Hospitalar Walter Cantídio e aprovado com o número do protocolo 178/10.

Resultados e Discussão

Verificou-se diante dos resultados da amostra total do estudo a existência de uma prevalência das seguintes variáveis: faixa etária entre 41 e 72 anos 112(38,1%), estado civil – com companheiro (casado/união estável) 196(66,7%), tempo de escolaridade foi de 12 a 15 anos de estudo 124(42,2%), quanto a ocupação, 131(44,6%) relatou estar desempregada, renda familiar mensal até um salário mínimo 182(61,9%), e religião católica 180(61,2%). Observa-se que as mulheres mais jovens com carcinoma de mama tendem a apresentar estádios mais avançados e achados correlacionados, como tumores menos diferenciados e menor porcentagem de tumores com receptores hormonais. Observa-se que a neoplasia de mama em pacientes jovens tem evolução claramente mais desfavorável, com letalidade significativamente mais elevada, mesmo que fatores clínicos e histológicos como estágio, diâmetro do tumor, acometimento axilar por metástases, grau histológico e receptores hormonais sejam semelhantes em grupos diferentes (CLAGNAN et al., 2008). A idade é um fator de risco devido ao envelhecimento, bem como, ao tempo de exposição aos carcinógenos. Quanto mais se avança na idade cronológica, o risco de exposição, principalmente ambiental, aumenta e, como o câncer de mama é multicausal, fatores associados aumentam a possibilidade do desenvolvimento da doença (PIRHARDT; MERCÊS, 2009). A combinação de sintomas aumenta o risco, particularmente, se houver presença de doença benigna na mama ou idade maior de 40 anos. Em mulheres sintomáticas, o risco do câncer de mama está diretamente relacionado com a idade e é independente da presença de sintomas (ANGARITA; ACUÑA, 2007). Quanto a análise dos fatores de risco para o câncer de mama, observou-se que em relação à idade da menarca houve uma prevalência no intervalo entre 12 e 14 anos 178(60,5%), de um total de 69 mulheres menopausadas, neste estudo, 37(53,6%) apresentaram idade da menopausa no intervalo entre 40 e 49 anos. Dentre o total de mulheres participantes do estudo, 266(90,5%) já haviam engravidado pelo menos uma vez. Quanto à variável amamentação, verifica-se diante dos resultados que dentre as mulheres que já engravidaram, 229(86%) amamentaram pelo menos um de seus filhos. Em relação ao uso de anticoncepcional oral – ACO, observou-se que 128(43,7%) mulheres participantes do estudo relataram fazer do ACO. As participantes do estudo foram questionadas a respeito de história pessoal de doença benigna na mama e 30(10,2%) relataram ter tido este tipo de diagnóstico. Quanto à presença de casos de câncer de mama na família, 44(15%) das mulheres relataram pelo menos um parente acometido pela doença. O câncer de mama é uma doença que não pode ser evitada, porém o conhecimento da existência de fatores de risco associado a ela pode facilitar a detecção precoce e contribuir no rastreamento da patologia. Existem vários fatores de risco para o câncer de mama, apesar de sua etiologia ainda ser desconhecida (BORGHESAN; PELLOSO; CARVALHO, 2008). Há numerosos fatores que podem aumentar este risco basal, pelos quais se torna necessário quantificar seu impacto, idealmente avaliando-os em cada caso particular. Alguns são modificáveis ou controláveis e neles as estratégias de prevenção primária jogam em caráter transcendental. Ao contrário, outros não podem ser alterados, o que é de vital importância contar com ferramentas de detecção precoce que permitam reconhecer a neoplasia de forma oportuna e, assim, promover um tratamento eficaz, melhorando a sobrevida e idealmente diminuindo a mortalidade (GONZALEZ, 2008).

Conclusão

O desenvolvimento deste estudo ofereceu margens à percepção de detalhes do universo das mulheres entrevistadas, pois além de procurar contemplar os objetivos da pesquisa, permitiu a observação de pontos adversos como a falta de programas de educação para a saúde que possibilitem um maior conhecimento dos fatores de risco para câncer de mama e dos exames de detecção precoce, abordando de forma correta as técnicas e frequências preconizadas. Os dados reunidos neste trabalho visam contribuir para um melhor conhecimento da efetividade das ações de prevenção do câncer de mama feminino e promoção da saúde mamária.. Com base nas informações disponíveis, fica evidente que os principais fatores de risco para o câncer de mama na mulher (idade, história familiar, história reprodutiva, suscetibilidade genética, etc. não são passíveis de intervenção em nível populacional). Entretanto, um pequeno número de fatores de risco poderá ser alvo das estratégias de prevenção primária para o câncer de mama, entre eles fumo e álcool. Logo, entre as possíveis recomendações para a população em geral está o estímulo a hábitos de vida saudáveis, o que inclui não fumar e ingerir bebidas alcoólicas com moderação.

Referências

- ANGARITA, F.A.; ACUÑA, S.A. Câncer de seno: de la epidemiología al tratamiento. **Univ. Méd. Bogotá (Colombia)**, v.49, n.3, p. 344-372, jul./sept. 2008.
- BORGHESAN, D.H.; PELLOSO, S.M.; CARVALHO, M.D.B. Câncer de mama e fatores associados. **Cienc. Cuidado Saude**, v. 7, Supl. 1, p. 62-68, 2008.
- BRASIL. **Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2012 Disponível em:<<http://www.inca.org.br>>. Acesso em: 24 jan. 2010.
- _____. **Fatores de risco para o câncer de mama**. Disponível em:< <http://www.inca.gov.br/fatorderisco/2010>>. Acesso em: 24 jan. 2012.
- CLAGNAN, W. S.; ANDRADE, J. M.; CARRARA, H. H. A.; TIEZZI, D. G.; REIS, F. J. C.; MARANA, H. R. C; ABRÃO, R. A. Idade como fator independente de prognóstico no câncer de mama. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 30, n. 2, fev. 2008.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- GONZÁLEZ, P.M. Estudio por imagenes en pacientes con alto riesgo de cancer mamario. **Rev. Chil. Radiol.**, v.14, n.3, p.144-150, 2008.
- FRENK, J. Sensibilización, detección temprana y combate a los prejuicios. Claves en la lucha contra el cáncer de mama. **Salud Pública Méx.**, v.51, supl. 2, 2009.
- MOLINA, L.; DALBEN, I.; LUCA, L.A. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas da mama. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 49, n. 2, p. 185-190, 2003.

Lailah Machado Falcão¹ (lailah_falcao@hotmail.com)
Eduarda Silva de Castello Branco¹
Ítalo Alves Santos²
Priscila Machado de Lima³
Silvânia Santos Dias⁴
Elizabeth Kristiane Tenório Guimarães Rocha⁵ (Orientadora)

¹Graduanda em Nutrição pela Universidade Federal de Alagoas
²Graduando em Odontologia pela Universidade Federal de Alagoas
³Graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Alagoas
⁴Nutricionista preceptora do PróPet Saúde
⁵Cirurgiã-Dentista preceptora do PróPet Saúde

Palavras-chave: Saúde escolar. Educação infantil. Promoção da Saúde

Resumo

INTRODUÇÃO: A educação infantil tem papel fundamental no desenvolvimento humano, social e cultural das crianças, sendo a escola o ambiente adequado para promover educação em saúde, aproximando os setores saúde e educação, e oferecendo maior amplitude as ações previstas como atribuições das Equipes de Saúde da Família (ESF). **OBJETIVO:** Este trabalho tem como objetivo relatar a abordagem interdisciplinar do grupo PróPet Saúde Pitanguinha, com alunos de uma escola de educação infantil, em Maceió, Alagoas, destacando sua importância na comunidade assistida e na formação dos universitários e dos profissionais da atenção básica envolvidos. **METODOLOGIA:** Relato de experiência das ações desenvolvidas com crianças da rede pública. As atividades foram realizadas entre setembro de 2013 e julho de 2014, com temáticas que subsidiassem conhecimentos e habilidades para o autocuidado e prevenção de comportamentos de risco, através de recursos lúdicos como teatro de fantoches e dinâmicas em sala de aula com materiais educativos, permitindo um entendimento simples e efetivo dos temas. **RESULTADOS:** As ações constituíram ferramentas importantes de promoção da saúde, de modo que o processo de construção e desenvolvimento das atividades foi satisfatório devido à receptividade e interação dos escolares. Desta forma, há a necessidade de fortalecer cada vez mais as vivências práticas e a troca de conhecimentos entre alunos, profissionais e população. **CONCLUSÃO:** O PróPet Saúde, proporcionou a aproximação dos estudantes a realidade da atenção básica, ressaltando as atividades realizadas como um estímulo aos escolares para a manutenção de hábitos saudáveis e promotores de saúde, bem como reforçou o vínculo saúde-educação-comunidade.

Introdução

A educação infantil tem papel fundamental no processo de desenvolvimento humano, social e cultural das crianças, visto que é a primeira etapa da educação básica e tem como objetivo a garantia de assistência, alimentação, saúde e segurança, constituindo ainda um importante espaço de convivência e socialização para esses estudantes. Dentro dessa perspectiva, a escola apresenta-se como um ambiente adequado para o trabalho de educação em saúde, aproximando os setores saúde e educação e oferecendo maior amplitude as ações propostas, subsidiando conhecimentos e habilidades para o autocuidado e a prevenção de comportamentos de risco.

O processo histórico necessário para a consolidação das ações de promoção da saúde nos ambientes escolares no Brasil foi caracterizado por marcos legais e documentos de referência, que atualmente norteiam e amparam a realização dessas ações com a intenção de garantir a atenção integral à saúde do escolar por meio do fortalecimento da articulação entre escolas, creches e espaços de desenvolvimento infantil (EDI) e as unidades de saúde e de assistência social, de forma a expandir o alcance e o impacto relativos aos estudantes e suas famílias. Dentre os documentos que foram criados nesse contexto, podemos citar alguns dos mais relevantes: Programa Nacional de Alimentação Escolar (1955); Política Nacional de Atenção Básica (2007); Programa Saúde na Escola (2007, Decreto Presidencial nº 6.286); Cadernos de Atenção Básica nº23 - Saúde da Criança: Política Nacional de Promoção da Saúde (2010).

Partindo de uma visão que considera o ser humano em seu contexto biossocioambiental, a saúde escolar está contida nas atribuições dos profissionais de saúde na atenção básica, pois as práticas das Equipes de Saúde da Família (ESF) compreendem a prevenção, promoção, recuperação e manutenção da saúde dos indivíduos e coletivos humanos, a fim de alcançar a integralidade da assistência ofertada ao público-alvo mediante suas necessidades. Desta forma as equipes devem tratar a saúde e educação integrais como componente de formação para a cidadania e promoverem a articulação de saberes entre estudantes, pais, comunidade escolar e sociedade em geral.

Este trabalho tem como objetivo relatar a abordagem interdisciplinar do grupo PróPet Saúde Pitanguinha, com alunos de uma escola de educação infantil, em Maceió, Alagoas, destacando sua importância na comunidade assistida e na formação acadêmica dos universitários e reciclagem dos profissionais da atenção básica envolvidos.

Metodologia

O presente relato é baseado na percepção dos integrantes do grupo PróPet Saúde Pitanguinha, da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) e aborda as atividades de caráter interdisciplinar desenvolvidas com crianças. O grupo é composto por 14 pessoas, dentre elas estão estudantes, preceptores e tutor de diversos cursos de graduação (enfermagem, farmácia, nutrição, medicina, odontologia, psicologia e serviço social).

As ações foram realizadas na Escola Mascarenhas de Moraes, em Maceió, Alagoas, no período de setembro 2013 a julho de 2014. O público-alvo foram os alunos da escola da rede pública, de faixa etária entre 2 e 5 anos, dos dois turnos (matutino e vespertino). A frequência das atividades se deu de acordo com a disponibilidade do calendário da escola, contando sempre com a colaboração de seus educadores quando se fez necessário.

Os temas foram sugeridos durante reuniões de planejamento do grupo, considerando também as indicações feitas pela direção da escola, sendo eles: prevenção de acidentes domésticos na infância; prevenção de acidentes com fogos de artifícios, no período das festas juninas; saúde bucal e alimentação saudável; orientações sobre higiene pessoal. Como instrumentos de trabalho foram utilizados

recursos lúdicos, tais como teatro de fantoches e dinâmicas em sala com materiais educativos (músicas, histórias e desenhos para colorir), de forma que permitissem um entendimento simples e efetivo dos temas.

Resultados e Discussão

As ações apresentaram-se como ferramentas importantes de promoção da saúde na educação infantil, de modo que o processo de construção e desenvolvimento das atividades foi satisfatório devido à receptividade e interação dos escolares. Diante do envolvimento de educandos e educadores, o grupo chegou ao consenso de que a experiência foi exitosa, pois os objetivos inicialmente propostos foram atingidos, havendo a necessidade de fortalecer cada vez mais esse vínculo entre acadêmicos, profissionais da atenção básica, educadores e comunidade, e continuar promovendo as vivências práticas e a constante troca de conhecimentos.

Conclusão

O projeto de extensão PróPet Saúde, promoveu a aproximação dos estudantes a realidade da saúde pública, no cenário da atenção básica, ressaltando que o desenvolvimento das atividades serviu como estímulo para os escolares para a manutenção de hábitos mais saudáveis e promotores de saúde, bem como reforçou o vínculo saúde-educação-comunidade.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Escolas promotoras de saúde : experiências do Brasil / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília.304 p. 2007.

BRASIL.Ministério da Saúde. Textos Básicos de Saúde , Cadernos de Atenção Básica, n. 24 - saúde na escola. Brasília – DF, 2009
GONÇALVES, F.D. et al. Health promotion in primary school. Interface - Comunic.,Saúde, Educ., v.12, n.24, p.181-92,jan./mar.2008.

KRAMER, Sonia. O papel social da educação infantil. Revista Textos do Brasil, Brasília, Ministério das Relações Exteriores, 1999.

VENÂNCIO, Caren Caroline Rodrigues. Saúde Infantil: O Papel da Escola Na Sua Promoção. Rondônia, 2009.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer a toda equipe Própet Saúde - Pitanguinha, que se esforçou para que as ações fossem planejadas e desenvolvidas da melhor maneira possível, e aos idealizadores do projeto de extensão que nos proporcionaram vivência tão rica e impactante. Agradecer também a direção e ao corpo docente da Escola Mascarenhas de Moraes, que acolheu com a maior receptividade o grupo e suas atividades.

Márcio Anderson Silva Holanda (apresentador) – Universidade Regional do Cariri – URCA. Email: marcio_cdc@hotmail.com
Maria Naiane Rolim Nascimento – URCA
George Pimentel Fernandes (Orientador) – URCA

Palavras-chave: Saúde ambiental. Promoção da saúde. Reciclagem. Resíduos sólidos urbanos. Ambiente escolar.

Resumo

O estudo tem por objetivo desenvolver com os estudantes pré-adolescentes meios de reutilização dos resíduos urbanos, como meio de promover a saúde através da química, além do espírito cidadão, dentro do ambiente escolar. Ocorreu na instituição de ensino privada - Colégio Paraíso-, na cidade de Juazeiro do Norte-CE, a partir do segundo semestre letivo do ano de 2014. A população foi composta por alunos do 8º e 9º anos do ensino fundamental II. As aulas expositivas foram envolvidas nesse processo como método embasador do tema. No que diz respeito às orientações dadas para o ensino do reaproveitamento do óleo e da compostagem nota-se que existe uma necessidade do repasse dos conhecimentos relacionados a essa temática, já que os alunos não conhecem o trabalho. Todas as práticas de saúde envolvidas no desenvolvimento desse estudo foram realizadas no âmbito escolar e contribuíram para que os alunos compreendessem o perigo na utilização de agrotóxicos para o meio ambiente, além da importância das hortaliças para a saúde, baseada na alimentação saudável. Ao que refere à feirinha orgânica, sabe-se que deu aos alunos o senso de responsabilidade, espírito cidadão e administrativo. Cabe ressaltar a importância delegada ao ensino interdisciplinar no estudo realizado, já que uma prática exige a outra, assim utilizando várias áreas de conhecimento necessárias na aprendizagem e construção de papéis sociais nos alunos. Por meio desse trabalho pode-se atingir grandes faixas de conhecimento, de maneira interdisciplinar, interligando-as a fim de promover e desenvolver a consciência ambiental, social e cidadã dos alunos.

Introdução

O lixo é definido pela sigla RSU - resíduos sólidos urbanos - (UN, 1999). Segundo Binder e Mosler (2007), esses resíduos compreendem uma preocupação ambiental mundial, especialmente nos países subdesenvolvidos, sendo responsáveis por efeitos diretos e indiretos na saúde, além da degradação ambiental. A escola surge como espaço promotor para a prevenção de riscos, onde essa temática pode ser trabalhada e ao mesmo tempo desenvolver o senso de cidadania dos jovens (PNUD; FONSECA, 2008; BRASIL 2009).

As repercussões da disposição desses resíduos a céu aberto na saúde humana e as práticas sanitárias populacionais em relação a esses resíduos são pouco conhecidas. A geração desses resíduos exige um aumento da demanda por serviços, e, se não coletados e tratados adequadamente interferem na saúde e fatores ambientais de maneira negativa (UN, 1999).

Os resíduos orgânicos resultantes dos restos de alimentos podem ser usados em construções de hortas, que permitem a compreensão da necessidade da conservação dos ecossistemas, do reaproveitamento de resíduos sólidos na produção de adubo e da importância das hortaliças para a saúde humana (CRIBB, S. L. S. P, 2007; CRIBB, S. L. S. P.; CRIBB, A. Y. 2009).

O resíduo do óleo de cozinha é um item potencialmente poluidor quando descartado de maneira incorreta, sendo necessárias alternativas que possibilitem a sua reciclagem (ZUCATTO, 2013). De acordo com Almeida (2002); Alberici e Pontes (2004) pode ser lançado diretamente no solo, no lixo comum ou descartado na rede de esgoto, acarretando na ocorrência de enchentes e proliferação de doenças. Uma vez contaminada a água torna-se veículo transmissor de doenças como a meningoencefalite, cólera, leptospirose, febre tifóide, sendo responsável por cerca de 80% delas nos países em desenvolvimento, segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Hoje o resíduo do óleo começa a ser reconhecido como resíduo potencialmente reciclável, podendo servir como matéria-prima na fabricação produtos como sabão (WILDNER e HILLIG, 2012).

Diante dessa problemática, a escola atua como espaço promotor para a prevenção de riscos e promoção da saúde de crianças e jovens, além de capacitá-los nas áreas envolvidas nesse problema e a possibilidade de modificar o quadro de fragilidade social em que muitos deles vivem atualmente (FONSECA, 2008). Caracteriza-se como um espaço institucional onde se pode trabalhar e desenvolver a convivência social e a cidadania (BRASIL, 2009).

A relação do ensino da química com a temática do lixo relacionada com o cotidiano dos alunos propicia aos mesmos uma percepção científica e crítica desse problema que atinge a sociedade. A problemática do lixo não se resolve de forma imediata, principalmente se for apenas de maneira teórica. A conscientização e a tomada de decisões são trabalhos que precisam ser contínuos e, para isto, a escola pode ter um papel preponderante. (SANTOS *et al.* 2011).

Diante desse quadro o seguinte estudo tem por objetivo construir e desenvolver com os estudantes pré-adolescentes meios de reutilização dos resíduos urbanos do lixo, como meios de promover a saúde por meio da química, além do espírito cidadão dentro do ambiente escolar, e que esse conhecimento possa perpassar as barreiras do colégio.

Metodologia

O seguinte estudo caracteriza-se como pesquisa-ação, de natureza qualitativa, caracterizado como exploratório.

A pesquisa ocorreu na instituição de ensino privada - Colégio Paraíso-, localizado na cidade de Juazeiro do Norte-CE, a partir do segundo semestre letivo do ano de 2014. A população foi composta por alunos do 8º e 9º anos do ensino fundamental II.

O estudo foi dividido em cinco momentos, os momentos foram realizados separadamente com as duas classes, primeiramente com as turmas do 8º ano e subsequentemente com as turmas do 9º ano do ensino fundamental II.

O primeiro momento foi caracterizado pela realização de uma palestra de explanação do problema do lixo e as temáticas que o abrangem, como as suas formas de reciclagem e/ou reutilização, seu impacto na saúde e meio ambiente, como promover a saúde por meio dessa temática, realizada no auditório do colégio. No final da palestra foi solicitada aos alunos a coleta dos resíduos de óleo utilizados em suas residências, e subsequente trazidos a escola, onde esses resíduos foram devidamente armazenados.

O segundo momento contou com a realização de uma aula prática-expositiva, realizada no laboratório de ciências da escola, onde foi ensinado aos alunos o processo de fabricação do sabão a partir do resíduo do óleo, por meio do processo de saponificação. Essa aula foi seguida da subsequente fabricação do sabão, agora por meio dos alunos.

O terceiro momento foi composto pela realização de uma nova aula, que abrangeu o tema da compostagem, onde tratou-se de esclarecer o que ela significa e o que é necessário para a sua realização. Nela os alunos foram orientados a respeito da utilidade dos resíduos orgânicos – os restos de comida aproveitáveis-, quais deles são aproveitáveis para a reutilização, sua captação, armazenagem e reutilização em forma de adubo na construção de hortas. Ainda no terceiro momento foi solicitada aos alunos a coleta desses resíduos

orgânicos utilizáveis em suas residências e que fossem trazidos ao colégio no prazo de uma semana, para a realização do quarto momento.

Os resíduos coletados diariamente no colégio foram encaminhados para a armazenagem em uma composteira, localizada em um anexo da escola, onde foram adicionados elementos necessários a sua decomposição e subsequente formação do adubo, esses resíduos permaneceram por 45 dias nessa composteira, e só então puderam ser utilizados na realização do quarto momento.

A partir do quarto momento os alunos realizaram as atividades propostas no seguinte estudo de maneira conjunta, unindo as turmas do 8º e 9º ano. Nesse quarto momento foi realizada juntamente com os alunos no anexo da escola a prática de compostagem, onde eles puderam visualizar a composteira, o seu processo, participar no momento do reenvolvimento dos compostos e análise da temperatura. Nesse momento ainda houve a prática dos alunos na produção de uma horta, onde eles puderam utilizar o adubo produzido através dos resíduos orgânicos que eles coletaram.

No quinto e último momento foi realizada uma feirinha orgânica para os pais dos alunos e funcionários do colégio, onde foram comercializados os produtos advindos da realização das atividades propostas por esse trabalho, onde os próprios alunos comercializaram os produtos, que se resumiram aos sabões e sabonetes, e as hortaliças produzidas.

Resultados e Discussão

As aulas expositivas foram envolvidas nesse processo como o método embaixador do tema aos alunos. Alves (2011) afirma que, o método contribui na melhoria do ensino, tendo as aulas como objetivo o caráter motivacional e a noção de visão geral sobre o conteúdo abordado. No que diz respeito às orientações dadas para o ensino do reaproveitamento do óleo e da compostagem nota-se que existe uma necessidade do repasse dos conhecimentos relacionados a essa temática, já que os alunos não conhecem o trabalho. Souza (2011) afirma que, ao implantar um trabalho como esse em uma escola é necessário se considerar alguns fatores, dentre eles o conhecimento técnico, o qual é adquirido por meio da capacitação dos envolvidos, uma vez que a atividade possui uma complexidade em seus processos de implantação, manutenção e uso.

Segundo Souza (2011), a realização de atividades por meio da horta propicia a formação integral do aluno, pois a prática permite a percepção educativa no âmbito ambiental com maior abrangência, uma vez que desenvolve um importante papel no resgate da cultura, da cidadania e formação de hábitos saudáveis de alimentação, assim como preservação do meio ambiente.

Com relação às práticas de saúde envolvidas no desenvolvimento desse estudo cabe ressaltar que todas as atividades realizadas no âmbito escolar contribuíram para que os alunos compreendessem o perigo na utilização de agrotóxicos e para o meio ambiente, além da importância das hortaliças para a saúde baseada no incentivo à alimentação saudável, o que foi ressaltado por Cavalcanti *et al.* (2010).

Ao que refere à feirinha orgânica, sabe-se que deu aos alunos o senso de responsabilidade, espírito cidadão e administrativo, que Cribb (2010) afirma ser uma atividade muito interessante a ser desenvolvida com os alunos a partir da horta escolar, por meio da venda do que é produzido pela mesma.

Cabe ressaltar a importância delegada ao ensino interdisciplinar no estudo realizado, já que uma prática exige outra, assim utilizando várias áreas de conhecimento necessárias na aprendizagem e construção de papéis sociais nos alunos. O que é reafirmado por Cribb (2010), que diz que nesse sentido a Educação Ambiental necessita de uma abordagem interdisciplinar, uma vez que lida com a realidade, adota uma abordagem que considera todos os aspectos que compõem a questão ambiental e sociocultural.

Conclusão

Por meio desse trabalho pode-se atingir grandes faixas de conhecimento, de maneira interdisciplinar, interligando-as a fim de promover e desenvolver a consciência ambiental, social e cidadã dos alunos. Todos os conhecimentos transmitidos abrangeram as áreas das ciências biológicas, da saúde e sociais no intuito de promover o ensino de práticas saudáveis, principalmente por meio do lixo aliado ao ensino da química.

O objetivo proposto foi alcançado diante do desenvolvimento de todas as atividades por parte dos alunos, conseguindo que eles aprendessem o que era proposto não só por meio da teoria, mas também da prática, além do entendimento da utilidade do que foi aprendido.

Foi atingido o propósito de formar agentes sociais capazes de raciocinar e agir de maneira a envolver-se na prevenção e resolução de problemas socioambientais, além dos relacionados à saúde.

Ressalta-se também a importância do desenvolvimento de valores por meio da escola e do estudo da química, que caracteriza-se como um grande desafio para a escola e para o corpo de professores, além do desenvolvimento de outros valores relacionados a promoção da saúde das pessoas e do ambiente, todos atrelados em uma só causa, o lixo.

Referências

ALBERICI, R. M.; PONTES, F. F. F. **Reciclagem de óleo comestível usado através da fabricação de sabão**. 2004.

Disponível em: <www.unipinhal.edu.br/ojs/engenhariaambiental/include/getdoc.php?id=39&article=19&mode=pdf>. Acesso em 06 de agosto de 2014.

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

BINDER, C.; MOSLER, H. Waste-resource flows of short-lived goods in households of Santiago de Cuba. **Resources, Conservations and Recycling**, v. 51, n. 2, p. 265-283, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Saúde na escola. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Cadernos de Atenção Básica, Brasília: MS, n. 24, 2009.

CAVALCANTI, Amanda da Fonseca; SILVA, Celiane Gomes Maia da & SILVA, Maria Zênia Tavares da. **Horta Escolar: Contribuindo para Hábitos Alimentares Saudáveis**. Recife, 2010. Disponível em: <<http://www.eventosufrpe.com.br/jepex2009/cd/resumos/R0077-2.pdf>>. Acesso em 10 de agosto de 2014.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

414

CRIBB, S. L. S. P. A horta escolar como elemento dinamizador da educação ambiental e de hábitos alimentares saudáveis. In: **Anais do Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências**, 2007, Florianópolis. VI Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências. Florianópolis, 2007.

CRIBB, S. L. S. P.; CRIBB, A. Y. Agricultura urbana: alternativa para aliviar a fome e para a educação ambiental. In: **XLVII Congresso da Sociedade Brasileira de Economia, Administração e Sociologia Rural**, 2009, Porto Alegre. Anais - XLVII Congresso da Sociedade Brasileira de Economia, Administração e Sociologia Rural, 2009.

CRIBB, S. L. S. P. CONTRIBUIÇÕES DA EDUCAÇÃO AMBIENTAL E HORTA ESCOLAR NA PROMOÇÃO DE MELHORIAS AO ENSINO, À SAÚDE E AO AMBIENTE. **REMPEC - Ensino, Saúde e Ambiente**, v.3, n. 1, p. 42-60, 2010.

FONSECA, F. F. A escola como espaço facilitador para promoção da saúde e prevenção de riscos. In: **Anais do Encontro Nacional de Ensino de Ciências da Saúde e do Ambiente** – Unipli. Niterói-RJ, p. 19-23, 2008.

SANTOS, P. T. A. *et al.* Lixo e reciclagem como tema motivador no ensino de química. **Ecl. Quím.**, São Paulo, v. 36, 2011.

SOUZA, C. M. **PROMOVENDO APRENDIZAGENS SIGNIFICATIVAS EM EDUCAÇÃO AMBIENTAL ATRAVÉS DA HORTA**. Formosa – GO, p. 17 2011.

PNUD - PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/gerapdf.php?id01=1067>>. Acesso em 06 de agosto de 2014.

UN (United Nations). **Environmentally Sound Management of Solid Waste and Sewage-related Issue**, 1999. Disponível em: <<http://www.un.org/esa/sustdev/agenda21 chapter21.htm>>. Acesso em 29 de maio de 2014.

WILDNER, Loreni Beatriz Arnold; HILLIG Clayton. Reciclagem de óleo comestível e fabricação de sabão como instrumentos de educação ambiental. **Revista Eletrônica em Gestão, Educação e Tecnologia Ambiental**, v. 5, n. 5, p. 813-824, 2012.

ZUCATTO, Luiz Carlos; WELLE, Iara; SILVA, Tania Nunes da. Cadeia reversa do óleo de cozinha: coordenação, estrutura e aspectos relacionais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 53, n. 5, p. 442-452, 2013.

Agradecimentos

Ao Colégio Paraíso de Juazeiro do Norte – CE, representados pela diretora Maria Cicera Alexandre Fiúsa, a vice diretora Rosefrance Alexandre Fiúsa e os coordenadores Leonardo Sousa Silva e Alysson Alexandre Moreira.

PROMOÇÃO DA SAÚDE NO COTIDIANO ASSISTENCIAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: REVISÃO INTEGRATIVA

Ana Larisse Teles Cabral (apresentador) – Universidade de Fortaleza, acadêmica de enfermagem - Email larissect@hotmail.com

Alessandra Rocha Cavalcante – Universidade de Fortaleza, acadêmica de enfermagem, bolsista PAVIC
Bruna Caroline Rodrigues Tambroril – Universidade de Fortaleza, acadêmica de enfermagem, bolsista FUNCAP.
Luiza Beatriz Souza Cardoso – Universidade de Fortaleza, acadêmica de enfermagem
Isakelly de Oliveira Ramos – Universidade de Fortaleza, acadêmica de enfermagem
Mayenne Myrcea Quintino Pereira Valente(Orientador) – Universidade de Fortaleza

Email: larissetc@hotmail.com

Palavras-chave: Neoplasias do colo do útero. Enfermagem. Promoção da Saúde.

Resumo

O câncer de colo do útero é uma afecção progressiva iniciada com transformações intra-epiteliais que podem evoluir para um processo invasor. Tem como principal causa a infecção pelo Papilomavirus Humano (HPV). Pode ser identificado e facilmente prevenido através do exame preventivo. Objetivou-se identificar evidências na literatura científica nacional sobre a importância da enfermagem na prevenção do câncer do colo do útero, desenvolvidas no cotidiano assistencial. Tratou-se de uma revisão integrativa realizada no acervo do portal da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), no período de outubro de 2013, através dos descritores “Neoplasias do colo do útero” e “Enfermagem” de forma integrada. Foram selecionados e analisados cinco artigos. Encontrou-se que a enfermagem tem um papel de grande relevância na detecção precoce do câncer de colo do útero. Todavia, observa-se que diante das dificuldades encontradas ainda existem lacunas para um melhor desempenho das atividades de prevenção. Conclui-se que medidas de prevenção, busca ativa, orientação e educação em saúde realizada pelo enfermeiro são importantes para prevenção e diminuição dos casos de câncer de colo do útero. O enfermeiro tem um papel fundamental no aconselhamento, na identificação dos fatores de risco, com o objetivo de prevenir e orientar contribuindo para uma melhor qualidade de vida da população.

Introdução

O Câncer de Colo do Útero (CCU) é uma afecção progressiva iniciada com transformações intra-epiteliais também progressivas que podem evoluir para um processo invasor num período que varia de 10 a 20 anos (BRASIL, 2006)

O colo do útero é revestido por várias camadas de células epiteliais pavimentosas, arranjadas de forma bastante ordenada. A desordenação das camadas é acompanhada por alterações nas células que vão desde núcleos mais corados até figuras atípicas de divisão celular podem ocorrer nas camadas mais basais do epitélio estratificado (Neoplasia Intraepitelial Cervical Grau I - NIC I – Baixo Grau) - anormalidades do epitélio no 1/3 proximal da membrana. Se a desordenação avança 2/3 proximais da membrana estamos diante de uma Neoplasia Intra-Epitelial Cervical Grau II - NIC II – Alto Grau. Já na Neoplasia Intra-Epitelial Cervical Grau III - NIC III – Alto Grau, o desarranjo é observado em todas as camadas (BRASIL, 2006).

Para Melo et al. (2012), a infecção pelo *Papilomavírus Humano* (HPV) quando não tratada de forma adequada tem sido indicada como um dos fatores determinantes (sendo o principal deles) para o desenvolvimento da patologia que é também associada a outros cofatores como a exposição ao agente infeccioso da *Chlamydia trachomatis* e da imunodeficiência adquirida, tabagismo, uso prolongado de contraceptivos orais e a multiparidade. A investigação da doença é realizada pelo exame citopatológico do colo do útero, conhecido como exame de papanicolaou, a fim de detectar as lesões precursoras. Segundo o Ministério da Saúde (MS) (2006) o exame preventivo de colo do útero é a principal estratégia utilizada para detecção precoce/rastreamento do câncer de colo do útero.

Apesar da reconhecida importância desse exame, vários estudos revelam que a falta de adesão ao preventivo pelas mulheres deve-se a fatores como o desconhecimento do próprio corpo, do exame e de sua realização, dificuldade de acesso, e outros de ordem pessoal, bem como os mitos e tabus que envolvem a citologia (DANTAS et al., 2012).

A Prevenção do Câncer de Colo do Útero revela-se, ainda, um sério problema de saúde pública pelas dificuldades da efetivação do exame preventivo que podem ser explicadas por vários motivos: a própria organização da saúde pública, a organização dos serviços de saúde e a qualidade da assistência dos profissionais(MEDONÇA et al., 2011).

Consoante ao Instituto Nacional do Câncer (2013), no Brasil, o câncer de colo do útero ocupa o segundo tipo de câncer mais frequente entre as mulheres e é considerado a quarta causa de morte de mulheres por câncer. Em 2011, o número de mortes confirmadas por câncer de colo do útero foi 5.160. Sua incidência é cerca de duas vezes maior em países menos desenvolvidos quando comparada aos países mais desenvolvidos.

Ainda segundo dados do INCA, no Brasil, para 2012, foram esperados 17.540 novos casos do câncer de colo do útero. Para o Ceará, estimou-se a ocorrência de 850 novos casos e, 270 em Fortaleza. Não considerando o câncer de pele não melanoma, o câncer de colo do útero é o mais incidente na Região Norte (23,62/100.000). Nas regiões Centro-Oeste (27,71/100.000) e Nordeste (17,96/100.000), ocupa a terceira posição mais frequente e na região Sudeste ocupa a quarta posição (15,53/100.000) e na região Sul (13,88/100.000) a quinta posição (INCA, 2013)

Conforme São Bento et al. (2010), 49% representa a média mundial de sobrevida estimada, sendo que nos países em desenvolvimento os casos de câncer de colo do útero são encontrados em estádios relativamente avançados.

Devido à importância feminina no contexto social, a saúde da mulher constitui um dos pontos principais das políticas de saúde. E esse fato é evidenciado através da criação de vários programas voltados para a saúde da mulher, dentre eles, cabe ressaltar: o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), instituído em 1983; o Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero (PNCCU) e o Programa Viva Mulher, criados em 1997, com a finalidade de reverter os índices de morbimortalidade relacionados com o CCU e as repercussões físicas, psíquicas e sociais nas mulheres (DANTAS et al., 2012).

O Pacto pela Vida surgiu como compromisso das quatro esferas de governo — federal, distrital, estadual e municipal. Dentre as prioridades deste pacto, está o controle do câncer, o qual prevê ações de rastreamento para o câncer de colo de útero e mama, os mais incidentes entre mulheres no Brasil. As metas do Pacto pela Vida estão inseridas em um sistema informatizado, denominado SISPACTO, onde SIS significa Sistema e PACTO uma alusão ao Pacto pela Vida (MENDONÇA et al., 2011).

Segundo Melo et al. (2012), os enfermeiros exercem atividades técnicas específicas de sua competência, administrativas e educativas e através do vínculo com as usuárias do Sistema Único de Saúde concentra esforços para reduzir os tabus, mitos e preconceitos e buscar o convencimento da clientela feminina sobre os benefícios da prevenção do câncer de colo do útero.

Sendo assim, compreende-se a relevância dessa pesquisa pelo fato da prevenção do câncer de colo do útero ser considerado um problema significativo de saúde pública e também pelo protagonismo exercido pelo enfermeiro no desenvolvimento de ações em saúde para a resolução da problemática.

Desse modo, surgiu o questionamento “quais as evidências na literatura científica nacional sobre o papel que a enfermagem exerce na prevenção do câncer de colo do útero?” Diante do exposto, o estudo teve como objetivo identificar evidências na literatura científica nacional sobre a importância da enfermagem na prevenção do câncer do colo do útero, desenvolvidas no cotidiano assistencial.

Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, método primordial utilizado para sumarizar e agregar achados científicos publicados nas mais diversas fontes de publicações em um determinado período, com a finalidade de sistematizar resultados sobre um assunto ou questão, na tentativa de encontrar espaços que necessitam ser abordados e se caracteriza pela intensidades da busca, a utilização de critérios rigorosos e sistemáticos de escolha, síntese e análise de estudos, tendo em vista a tomada de decisões e conclusões gerais, embasadas cientificamente (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para a elaboração da revisão integrativa as seguintes etapas foram seguidas: a escolha do tema, os objetivos, as palavras-chave e a questão da pesquisa, relacionadas com a importância da enfermagem na prevenção do câncer do colo do útero. A pergunta norteadora da presente revisão consistiu em: “quais as evidências na literatura científica nacional sobre o papel que a enfermagem exerce na prevenção do câncer de colo do útero?”

Para a seleção dos artigos foi utilizado o acervo do portal da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS). A busca dos estudos ocorreu em outubro de 2013 mediante os descritores, “Neoplasias do colo do útero” e “*Enfermagem*” utilizados de forma integrada. Utilizou-se como critérios de inclusão: artigos que abordassem a importância da enfermagem na prevenção do colo do útero no cotidiano assistencial, artigos publicados disponíveis gratuita e eletronicamente no idioma português, com texto completo, nos últimos cinco anos no Brasil. Foram excluídas: publicações repetidas, resumos de congresso, anais, editoriais, monografias, teses ou dissertações.

A etapa de busca dos artigos realizada na base de dados selecionada gerou um total de 587 artigos. Após a leitura dos títulos e resumos e aplicação dos critérios de seleção foram elencados cinco artigos para leitura.

Resultados e Discussão

O enfermeiro da atenção primária, tem grande relevância na prevenção do câncer de colo do útero, pois atua no processo de busca ativa, identificando o perfil e os fatores de risco da população durante a visita domiciliar promovendo assim um vínculo entre a população e a equipe de saúde (MELO et al., 2012).

A equipe multiprofissional desempenha um papel fundamental no processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família, pois atua como elo entre a comunidade e os demais membros da equipe, principalmente pelo vínculo que deve estabelecer com a família, o qual pode proporcionar confiança, solidariedade e respeito, aspectos fundamentais na promoção da saúde (MENDONÇA et al., 2011).

A literatura evidencia como fator de sucesso da prevenção do câncer cérvico-uterino a realização de campanhas, como a busca ativa de mulheres por meio de visitas regulares dos agentes comunitários, reuniões na comunidade pelas equipes de saúde da família e ações educativas destacando a realização periódica do exame preventivo do câncer ginecológico (DANTAS et al., 2012).

Segundo Bento (2013), para a detecção precoce do câncer de colo do útero é importante que os profissionais da equipe de saúde identifiquem o mais cedo possível os fatores de risco relacionados à patologia. Sabe-se que os principais fatores de risco para o desenvolvimento câncer do colo do útero são: antecedentes familiares, tabagismo, agentes físicos, baixa ingestão de vitaminas, multiplicidade de parceiros sexuais, início precoce das atividades sexuais, hormônio terapia prolongada (a pílula, em uso prolongado, aumenta a zona de transição, ocasionando maior tendência a eversão do tecido glandular e maior exposição para a agressão do HPV), multiparidade, infecções genitais de repetição e baixas condições socioeconômicas.

Devido à importância da assistência de enfermagem na prevenção do CCU, muitos obstáculos foram pontuados na literatura.

Muitas dificuldades são encontradas pelos enfermeiros acerca de questões pessoais ou culturais dos pacientes, tais como vergonha, medo, nervosismo e receio de serem atendidas por um profissional do sexo masculino. As questões estruturais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) como a falta de espécimen descartável para realizar o exame, sala inadequada, demora nos resultados dos exames, falta de manutenção de materiais são pontos nos quais dificultam a realização da assistência prestada pelos profissionais de saúde, impossibilitando assim que o mesmo exerça seu trabalho com eficácia (MENDONÇA et al., 2011).

Conclusão

O CCU é um problema de saúde que atinge grande parte da população feminina e repercute em todos os países e que causa grandes gastos econômicos ao Sistema Único de Saúde, por isso a importância da enfermagem juntamente com a os demais profissionais para a busca e detecção precoce.

A partir dos artigos estudados pode-se concluir que as medidas de prevenção, busca ativa, orientações e a educação em saúde realizada pelo enfermeiro são importantes para prevenção e diminuição dos casos de câncer de colo do útero. O enfermeiro tem um papel fundamental no aconselhamento, na identificação dos fatores de risco, com o objetivo de prevenir e orientar contribuindo para uma melhor qualidade de vida da população.

Referências

BENTO, P. A. S. S.; TELLES, A. C.; SUZARTE, C. T. S.; MORAES, L. E. O. O câncer do colo de útero como fantasma resistente a prevenção primária e detecção precoce. **Rev. de Pesq: cuidado é fundamental Online.**, v.2,n.2, p. 776-778, 2010.
BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília, Ministério da Saúde, n. 13, 2006.
COSTA, C. C.; FREITAS, L. V.; DIAS, L. M. B.; LIMA, T. M.; DAMASCENO, A. K. C.; PINHEIRO, A. K. B. Realização de exames de prevenção do câncer cervico-uterino: promovendo saúde em instituição asilar. **Rev. Rene.**, Fortaleza, v. 11, n. 3, p. 27-35, jul./set.2010.
DANTAS, C. N.; ENDERS, B. C.; SALVADOR, P. T. C. O.; ALVES, K. Y. A.; A consulta de enfermagem na prevenção do câncer cervico-uterino para mulheres que vivenciaram. **Rev Rene.**, v.13, n.3, p.591-600, 2012.
Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde. **Tipos de Câncer: colo do útero**. Rio de Janeiro. 2013. Acesso em: 13/09/2013. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio.

MELO, M. C. S. C.; VILELA, F.; SALIMENA, A. M. O.; SOUZA, I. E. O. O enfermeiro na prevenção do câncer do colo do útero: o cotidiano da atenção primária. **Revista Brasileira de Cancerologia.**, v.58, n.3, p.389-398, 2012.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Rev. Texto & contexto- Enfermagem.**, v.17, n.4, p.758-764, 2008.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

417

MENDONÇA, F. A. C.; SAMPAIO, L. R. L.; JORGE, R. J. B.; SILVA, R. M.; LINARD, A. G.; VIEIRA, N. F. C. Prevenção do câncer de colo uterino: adesão de enfermeiros e usuários da atenção primária. **Rev Rene**, Fortaleza, v.12, n.2, p.261-270, 2011.

Agradecimentos

Gostaríamos de agradecer a Prof. MayenneMyrceaQuintinoPereiraValente, da Universidade de Fortaleza, por nos receber na disciplina de EnfermagemSaúdePúblicall, pela atenção que sempre nos foi dada e por nos incentivar a investir em nossa carreira acadêmica. Também agradecemos a Universidade de Fortaleza.

PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CUIDADO AO PACIENTE COM LESÃO RENAL CRÔNICA

Luiza Beatriz Souza Cardoso – Universidade de Fortaleza. Email: biabrunoenil@hotmail.com
Rita Mônica Borges Studart – Universidade de Fortaleza.

Islene Victor Barbosa – Universidade de Fortaleza.
Elisabeth Mesquita Melo – Universidade de Fortaleza.
Virna Ribeiro Feitosa Cestari – Universidade de Fortaleza
Karla Ingrid Tavares Ribeiro – Universidade de Fortaleza

Palavras-chave: Promoção da saúde. Enfermagem. Insuficiência Renal Crônica

Resumo

Objetivou-se avaliar a promoção da saúde no cuidado ao paciente com lesão renal crônica em tratamento hemodialítico. Trata-se de um estudo observacional, transversal, com abordagem quantitativa, realizado na unidade de nefrologia de um hospital público terciário de referência, localizado no município de Fortaleza, Ceará. A amostra foi de 56 pacientes, selecionados por conveniência, de forma consecutiva, conforme a internação, durante quatro meses. Percebe-se um predomínio da faixa etária de 44 a 53 com 52,2% dos casos; relacionado ao peso observa-se que 47,4% dos pacientes estavam pesando entre 61 a 79 quilos; 61,3% pesavam de 41 a 60 quilos; 61,3% eram procedentes do interior enquanto o estado civil observou-se que 39,2% dos pacientes não tinham companheiro. No que diz respeito aos sintomas que levaram ao atendimento dialítico, 30,4% foram internados por hipertensão arterial sistêmica, 27,8% por edema, 26% náuseas, vômitos e adinamia que pode ser característico da azotemia provocada pela lesão renal. Considerando que a congestão cardíaca 9,3% dos casos e o edema agudo de pulmão 3,7% são complicações sérias da IRA com risco de morte este percentual encontrado foi significativo. No estudo, os pacientes que necessitaram dialisar, em sua maioria foram do sexo masculino, com a faixa etária entre 44 a 53 anos, procedentes do interior, com nível de escolaridade baixo, vivendo sem companheiro e sem ter uma ocupação definida. Após avaliar a promoção da saúde no cuidado ao paciente com lesão renal crônica em tratamento hemodialítico constatou-se uma intensa preocupação deles com a possibilidade de ficar permanentemente dependentes da diálise e com a família que estava em casa.

Introdução

De acordo com os princípios subscritos na Declaração de Budapeste (1991), a promoção da saúde no ambiente hospitalar é caracterizada não só por uma comunicação efetiva e uma boa educação dos pacientes, é utilizada para “empoderar” os pacientes em relação ao seu cuidado (CASEY, 2007). Dessa forma, o trabalho em equipe para o cuidado da saúde dos usuários visa à implantação de estratégias para promover maior participação, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida (ALLEGRIANTE et al., 2009).

O ato de planejar o cuidado de si, por meio de ações que promovam o bem-estar e a saúde da pessoa, não pode estar respaldado somente nas prescrições médicas. É necessário que os profissionais da saúde, principalmente o enfermeiro, procure conhecer e entender o contexto de vida de cada pessoa para a prática da subjetividade do cuidado de si na busca da promoção da saúde (SOUZA et al., 2010). O enfermeiro, ao cuidar de pessoas com lesão renal crônica, deve estar atento para as complicações da doença, estresses e ansiedades que envolvem essa condição. Promover e encorajar o cuidado de si, por meio da educação em saúde, é um dos passos do cuidado na perspectiva de melhorar a autoestima, ao orientar e apontar caminhos para o enfrentamento da doença e a adaptação ao novo estilo de vida (ROSO, 2012).

Define-se lesão renal crônica (LRC) quando os rins não são capazes de remover os produtos de degradação metabólica do corpo ou de realizar as funções reguladoras. As substâncias normalmente eliminadas na urina acumulam-se nos líquidos corporais em consequência da excreção renal comprometida, e levam a uma ruptura nas funções endócrinas e metabólicas, bem como a distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-básicos. A lesão renal terminal é uma doença sistêmica e consiste na via final comum de muitas diferentes doenças do rim e do trato urinário (RIELLA, 2010).

A hemodiálise é o tratamento dialítico mais utilizado na atualidade para os pacientes com doença renal. Esta consiste na diálise realizada por uma máquina, na qual se promove a filtração extracorpórea em máquina de osmose reversa e difusão retirando os resíduos prejudiciais como o excesso de sal, ureia, creatinina e líquidos. A prescrição do tratamento é em média três sessões semanais, por um período de três a cinco horas por sessão, dependendo das necessidades individuais do paciente (ABREU; SANTOS, 2013).

A partir do exposto, acredita-se que o estudo contribuirá para o corpo de conhecimento dos enfermeiros que atuam em nefrologia e demais profissionais para prestar um cuidado holístico do paciente renal e desta forma minimizar a ansiedade do mesmo no tratamento dialítico e assim efetivar a promoção da saúde.

Desta forma, objetivou-se avaliar a promoção da saúde no cuidado ao paciente com lesão renal crônica em tratamento hemodialítico.

Metodologia

Trata-se de um estudo observacional, transversal, com abordagem quantitativa, realizado na unidade de nefrologia de um hospital público terciário de referência, localizado no município de Fortaleza, Ceará.

A amostra foi de 56 pacientes, selecionados por conveniência, de forma consecutiva, conforme a internação, durante quatro meses. Para a seleção da amostra foram estabelecidos dois critérios de inclusão: a) pacientes internados por lesão renal crônica em tratamento dialítico; b) ter idade igual ou superior a 18 anos. Foram considerados como critérios de exclusão: a) pacientes com outros tipos de problemas nefrológicos.

Os dados foram coletados no período de julho a agosto de 2013, o instrumento utilizado na coleta dos dados foi um formulário, abordando os pacientes sobre os temas relacionados ao processo do tratamento dialítico para LRC. Também fez parte do instrumento de coleta, a caracterização do paciente, como sexo, idade e procedência. As variáveis pesquisadas contemplaram os aspectos inerentes ao objetivo do estudo.

Os resultados obtidos foram analisados em tabelas sob a forma de números absolutos e percentuais, com o objetivo principal de proferir uma análise panorâmica da distribuição atual dos pacientes que foram atendidos no seu primeiro tratamento hemodialítico.

A investigação foi realizada após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da instituição e registrada com o número de protocolo 151780.

Resultados e Discussão

Com o intuito de conhecer o perfil dos pacientes que estão internados por transplante renal, realizou-se a caracterização dos mesmos. De acordo com os resultados do estudo, identificou-se maior número de pacientes do sexo masculino 69,3%.

Percebe-se um predomínio da faixa etária de 44 a 53 com 52,2% dos casos seguido da faixa etária de 34 a 43 anos com 35,8%.

Relacionado ao peso observa-se que 47,4% dos pacientes estavam pesando entre 61 a 79 quilos enquanto 49,1% pesavam de 41 a 60 quilos. Ao verificar a procedência constata-se que 61,3% dos pacientes eram procedentes do interior enquanto 7,6% eram de outro estado. Analisando o estado civil observou-se que 39,2% dos pacientes não tinham companheiro, dado intrigante, considerando a faixa etária predominante entre 44 a 63 anos, idade que geralmente se esta com um companheiro.

Ao analisar a ocupação, percebe-se que 35,2% dos pacientes estavam desocupados, ou seja, ou afastado do trabalho ou desempregado, enquanto 14,7% eram ocupadas com prendas do lar que não tem remuneração. O autônomo com 39,3% dos casos traduziam subempregos sem uma fonte de renda certa para arcar com as despesas.

O nível de escolaridade predominante cursado foi o ensino fundamental com 58,1% seguido do ensino médio com 32,1% dos casos. As condições habitacionais mínimas adequadas foram atendidas pela grande maioria 74,6%. Essas condições mínimas exigidas dizem respeito a ter água encanada, saneamento básico e condições preconizadas de higiene.

No que diz respeito aos sintomas que levaram ao atendimento dialítico, 30,4% foram internados por hipertensão arterial sistêmica, 27,8% por edema, 26% náuseas, vômitos e adinamia que pode ser característico da azotemia provocada pela lesão renal. Considerando que a congestão cardíaca 9,3% dos casos e o edema agudo de pulmão 3,7% são complicações sérias da IRA com risco de morte este percentual encontrado foi significativo.

Prosseguindo a análise, percebe-se que 69,7% não sabiam a causa dos sintomas e apesar de 31,4% terem respondido que sabiam essa causa, quando foram questionados constatou-se o desconhecimento deles, pois responderem de forma evasiva e desconexa com o caso. Em relação às orientações sobre a sua patologia, 67,3% responderam que apesar de receberam informações sobre o acometimento da doença, não compreenderam a gravidade do caso até o momento que passaram um cateter para dialisar onde 35,8% dos entrevistados não receberam qualquer tipo de orientação. As informações sobre a lesão renal foi fornecida em 55,4% dos casos pelos médicos, enquanto os enfermeiros orientaram um total de 41,1%.

A problemática e o impacto vivenciado pelos pacientes que foram atendidos em caráter de urgência para dialisar referem na sua maioria que se angustiam pela demora da melhora do estado clínico, com as incertezas que a doença trás e com a falta de informação. A orientação ao paciente faz parte da assistência de enfermagem. É de extrema importância que o ele esteja informado sobre a evolução da doença, suas causas e consequências, para a realização em conjunto de uma assistência adequada ao paciente (BOCCHI; ÂNGELO, 2008).

Sobre o conhecimento do prognóstico da lesão renal crônica 96,4% desconheciam essa condição clínica e não faziam ideia que necessitariam dialisar por tempo indeterminado ou até que fizesse um transplante renal.

O principal impacto sentido com o advento da descoberta da doença renal e a necessidade de dialisar no âmbito hospitalar, referiu-se a demora da melhora do quadro clínico com 45,1% dos casos, as incertezas geradas com o tratamento 29,4% e pela falta de informação da equipe interdisciplinar que estava prestando cuidados.

Ao analisar separadamente o desconhecimento sobre sua patologia constatou-se que preocupou de forma severa 76,8% dos entrevistados. Dentre os que foram informados, as dúvidas não foram esclarecidas em 86,7% dos casos. Percebe-se aqui que informações são prestadas, mas em muitos casos não são compreendidas. Assim, o paciente permaneceu na escuridão do desconhecido e na angústia de ser cuidado por alguém sem saber as reais perspectivas de vida e de recuperação.

Em relação as duvidas, a maioria não foram esclarecida, isto comprova que apesar de ter prestado orientação não houve preocupação com o entendimento do paciente Bastos et al. (2010) e Bastos et al. (2011), enfatizaram que é importante utilizar uma linguagem acessível, respeitando crenças, valores e cuidados individualizados com esse tipo de população.

Observou-se uma intensa preocupação em 62,4% dos pacientes com a possibilidade de ficar permanentemente dependentes da diálise. A preocupação com a família que estava em casa também teve expressão significativa foi constatada em 31,4% dos casos. O impacto vivenciado pelo implante do cateter foi expressado pelo medo, pela incompreensão da situação, pelo sentimento de fragilidade e vulnerabilidade. No trabalho de Marchesan et al. (2011) sobre a sistematização da assistência de enfermagem em hemodiálise foi evidenciado que desde o implante do cateter para a primeira diálise até as diálises subsequentes gera muita incerteza que precisa também de cuidado.

Ressalta-se que pessoas com LRC em tratamento hemodialítico enfrentam sucessivas perdas, associadas tanto à dimensão física quanto à social, mas sabem que não devem perder as esperanças em relação a um futuro melhor. E ainda o seu cotidiano passa a ser controlado por procedimentos e comportamentos pessoais que alteram o estilo de vida e, conseqüentemente, os sentimentos e as percepções sobre a própria vida (JORGE et al., 2008).

Não houve intercorrência com a hemodiálise em 78,6% dos pacientes, mas em 21,4% dos casos foi relatado algum tipo de intercorrência, fato preocupante principalmente para os que não foram orientados. A intercorrência mais comum é a hipotensão como revela o estudo de Silva et al. (2009) onde constatou que 78,9% das intercorrências estavam relacionadas com a volemia gerando hipotensão.

O sentimento expressado pela necessidade de fazer hemodiálise foi de ansiedade com 36,7% dos caos seguido de tensão com 32,1% e preocupação 21,4%.

Conclusão

No estudo, os pacientes que necessitaram dialisar, em sua maioria foram do sexo masculino, com a faixa etária entre 44 a 53 anos, procedentes do interior, com nível de escolaridade baixo, vivendo sem companheiro e sem ter uma ocupação definida.

Após avaliar a promoção da saúde no cuidado ao paciente com lesão renal crônica em tratamento hemodialítico constatou-se uma intensa preocupação deles com a possibilidade de ficar permanentemente dependentes da diálise e com a família que estava em casa.

Este trabalho alerta a toda a equipe do hospital no sentido de se fazer reflexões, onde estes pacientes possam ser melhor assistidos e haja agilidade por parte de toda a equipe no sentido de esclarecer o diagnóstico e providenciar as medidas de suporte eficaz com a finalidade de empoderamento. É necessário também, oferecer treinamentos e educação continuada para capacitar os profissionais a prestar cuidados de enfermagem direcionados a pessoa com doença renal, por ser um paciente que necessita de apoio, esclarecimentos para enfrentar os medos e angústias promovendo assim, uma assistência de qualidade e educação em saúde.

É essencial a ação educativa com paciente renal crônico, para descobrir maneiras de viver dentro dos seus limites, de forma que não seja contrária ao seu estilo de vida e que consiga conviver com a doença e com o tratamento hemodialítico. O enfermeiro é um dos elementos que atuam de modo constante e mais próximo dos pacientes. É este profissional, que através da assistência, deve planejar intervenções educativas junto aos pacientes, de acordo com avaliação que realiza, numa tentativa de ajudá-los a aprender a viver nessa realidade.

Referências

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

420

ABREU, I.S.; SANTOS, C.B. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes e hemodiálise. **Rev Enferm UERJ**, v.21, n.1, p.95-100, 2013. ALLEGANT, J. P., BARRY, M. M.; AULD, M. E.; LAMARRE, M. C.; TAUB, A.. Toward International Collaboration on Credentialing in Health Promotion and Health Education: The Galway Consensus Conference. **Health Educ. Behav.**, v. 36, n. 3, p. 427-438, 2009. BASTOS, M.G.; BREGMAN, R.; KIRSZTAJN, G.M. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Rev Assoc Med Bras.**, v.56, n.2, p.248-53, 2010. BASTOS, M.G.; KIRSZTAJN, G.M. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. **J Bras Nefrol.**, v.33, p. 93-108, 2011. BOCCHI, S. C. M.; ÂNGELO, M. Entre liberdade e reclusão: apoio social como um componente de qualidade de vida na família de caregiver dependentes de pessoa binomial. **Rev.Latino-Am. Enfermagem** vol.16 no.1 Ribeirão Preto Jan./Feb. 2008. CASEY, D. Nurse's perceptions.understanding and experiences of health promotion. **J. Clin. Nurs.**, v. 16, n. 6, p. 1039-1049, 2007. JORGE, M. S. B.; [RAMOS, I. C.](#); QUEIROZ, M. V. O.; SANTOS, M. L .D. O. Portador de insuficiência renal crônica em hemodiálise: significados da experiência vivida na implementação do cuidado. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 30, p. 73-79, 2008. MARCHESAN, M.; KRUG, R.D.R.; KRUG, M.D.R.; ROMITTI, J.C. Análise da qualidade de vida de pacientes em hemodiálise: um estudo qualitativo. [Arq. catarin. med](#), v.40, n.1, 2011. RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 5. ed. Rio de Janeiro: Editora: Guanabara Koogan, 2010. SILVA, G.L.D.F.; THOMÉ, E.G.R. Complicações do procedimento hemodialítico em pacientes com insuficiência renal aguda: intervenções de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.30, n.1, p.33-9, 2009. SOUZA, M.L.; MALAGUTTI, W.; RODRIGUES, F.S.M.; BAMABÉ, A.S.; FRANCISCO L., SILVA, R.N. et al. Incidência de insuficiência renal aguda e crônica como complicações de pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva. **ConScientiae Saúde**, v.9, n.3, p.456-461, 2010.

Agradecimentos

Aos pacientes que aceitaram fazer parte desta pesquisa. Às professoras orientadoras, por toda a paciência e disponibilidade. À Universidade de Fortaleza, pela organização deste evento científico.

PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CUIDADO COM O IDOSO DIABÉTICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Maria do Carmo Guedes Viana (Apresentadora) - Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), mariadocarmoguedesviana@gmail.com

Sayonara Monique de Melo Nogueira - Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Laura Raquel Araújo de Moraes – Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Raquel Freire Alves – Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Joanna Renata Santos de Almeida Silva - Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Gerlane Ângela da Costa Moreira Vieira (Orientadora) - Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Idoso. Promoção à Saúde.

Resumo

É notório que a população brasileira está envelhecendo, para isso faz-se necessário uma maior atenção a esse grupo que estará mais exposto às condições patológicas, como a diabetes *mellitus*. A diabetes, por ser uma doença altamente limitante, há uma maior preocupação, sendo indispensável um rigoroso controle metabólico para que o indivíduo tenha uma boa qualidade de vida. De modo que a integração desses idosos em centros de convivência, onde são desenvolvidas atividades de promoção à saúde e prevenção de agravos torna-se uma ferramenta importante para as mudanças de hábitos de vida. Nessa perspectiva, esse estudo objetivou-se relatar as experiências vivenciadas pelas discentes de enfermagem com os idosos do Centro de Convivência em Campina Grande. Trata-se de um relato de experiência a partir das aulas práticas da disciplina Saúde do Idoso com 40 idosos que frequenta o referido Centro de Convivência, no período 24 de julho a 06 de agosto de 2014. Durante esse período, foram realizadas três oficinas, sendo que uma delas tinha com temática de diabetes *mellitus*. Essa oficina foi desenvolvida em duas partes, uma dinâmica e a outra, uma experiência prática. Na primeira, os idosos junto com as alunas simularam a maneira como o açúcar chega e é utilizado pelo nosso organismo, como também, como se desenvolve a diabetes em nosso corpo. Em seguida, os idosos conheceram o procedimento correto de administração da insulina. Essa experiência nos permitiu verificar como as ações de promoção à saúde contribuem para a construção de novos hábitos de saúde.

Introdução

O envelhecimento, antes considerado um fenômeno distante de nossas realidades, hoje está presente na maioria da sociedade brasileira. O mundo está envelhecendo. Esse crescimento da população idosa brasileira tem provocado alterações profundas na sociedade. Esta repercussão deverá ser ainda maior no futuro, sendo sentido em todas as áreas, na economia, no mercado de trabalho, nas relações familiares e, inclusive, no sistema de saúde. O número de idosos no Brasil, de acordo com o censo de 2000, era de 14.546.029 pessoas, significando um aumento de 35,6% em relação ao ano de 1991. Nos próximos 20 anos, as estimativas apontam para a possibilidade de o número de idosos no país ultrapassar os 30 milhões, devendo representar quase 13% da população (MATHIAS, 2004).

Segundo Brasil (2007), estima-se que em 2050 existirá cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo. O envelhecimento pode ser definido como um processo dinâmico, complexo e natural, onde ocorre a diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos em condições normais, que geralmente não provoca doenças e/ou agravos. Entretanto, ao ser exposto a condições e fatores e risco, como acidentes, estresse, estilo de vida, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência. De acordo com Mathias (2004), “*O envelhecimento expõe as pessoas a um maior número de doenças crônicas*”. Para isso é necessário um adequado enfrentamento das causas do envelhecimento e das formas de minimizar as suas possíveis consequências e agravos a saúde.

Dentre as doenças crônicas não transmissíveis, o Diabetes Mellitus (DM) se destaca como importante causa de morbidade e mortalidade, especialmente entre os idosos (FRANCISCO, 2010). O Diabetes Mellitus é uma doença metabólica caracterizada por hiperglicemia associada a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente: olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Em geral, é pouco sintomático e de começo insidioso devendo-se, em parte, ao aumento do limiar renal para a glicose (TAVARES, 2002).

É uma doença altamente limitante, podendo causar cegueira, amputações de membros, problemas renais, complicações cardiovasculares e encefálicas, entre outras, que acarretam prejuízos à capacidade funcional, autonomia e qualidade de vida do indivíduo (FRANCISCO, 2010). Mathias (2004) afirma que os idosos com DM têm 2,2 vezes mais chance de serem hospitalizados do que os sem DM.

Os tipos de diabetes mais frequentes são o diabetes tipo 1, anteriormente conhecido como diabetes juvenil, que compreende cerca de 10% do total de casos, está relacionado a deficiência absoluta na secreção do hormônio insulina, resultante de uma destruição autoimune das células-betas do pâncreas (BRASIL, 2007). E o diabetes tipo 2, que engloba cerca de 90% do total de casos, é uma combinação de resistência à ação do hormônio e resposta secretora inadequada de insulina compensatória. No idoso, a forma clínica mais frequente é o tipo 2, que representa um grave problema de saúde pública pela alta prevalência no mundo.

O rápido envelhecimento da população, a urbanização e o estilo de vida como a dieta inadequada, o sedentarismo, e o consumo de tabaco e álcool têm sido apontados como os mais importantes fatores de risco para o diabetes e outras doenças crônicas (MENDES, 2011). Segundo Tavares (2002), é uma das principais causas de internação no Brasil, uma pessoa diabética tem 17 vezes mais chance de desenvolver problemas renais e 40 vezes mais chance de sofrer amputação de membros inferiores, o infarto cardíaco é seis vezes mais frequente no diabético, cerca de 50% dos diabéticos são hipertensos contra 10 a 15% da população geral.

Em virtude disso, o controle metabólico rigoroso associado a medidas preventivas e curativas relativamente simples são capazes de prevenir ou retardar o aparecimento das complicações crônicas do diabetes mellitus, resultando em melhor qualidade de vida ao indivíduo diabético (MENDES, 2011). Para isso necessário que o idoso tenha o conhecimento acerca das práticas preventivas, das opções de tratamento e redução das complicações relativas a doença. Segundo Francisco (2010), 19% e 56,5% dos idosos referiram que aplicam insulina e tomam medicamento oral de rotina respectivamente, apontando a necessidade de ampliação da cobertura do cuidado aos pacientes já diagnosticados.

De acordo com Mathias (2004):

“Cabe aos serviços básicos de saúde grande responsabilidade na prevenção, investindo na informação com vistas ao estímulo às atividades físicas, educação alimentar, manejo e tratamento adequado da doença, de modo a evitar as complicações crônicas que reduzem sobremaneira a qualidade de vida ou mesmo a sobrevivência do diabético”.

Em face desse quadro, em que o diabetes assume crescente importância na saúde pública no Brasil, delineiam-se políticas, programas e campanhas específicas que propõem medidas terapêuticas e de promoção de hábitos saudáveis para a prevenção e o controle do diabetes e de suas complicações (FRANCISCO, 2010).

A Política Nacional do Idoso foi regulamentada pela lei no 8.842, de 4 de janeiro de 1994, dispondo sobre os cuidados de saúde direcionados a este grupo populacional, além de assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para a promoção da sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (PICINI, 2006). Com o intuito de enfatizar e melhorar a qualidade do atendimento ao idoso, foi criado em 2003, a Política Nacional de Humanização a fim de concretizar os princípios estabelecidos pelo SUS pelo uso de ferramentas e dispositivos. Dentre eles, destaca-se o acolhimento, que busca dar atenção a todos que procuram os serviços

de saúde, ouvindo suas necessidades e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas junto aos usuários (BRASIL, 2007).

Os profissionais de saúde que estão ligados diretamente a pessoa idosa deve promover intervenções educativas pelos serviços de saúde além da participação ativa dos diabéticos em grupos de discussão, com informações sobre a doença, condutas para perda de peso corporal e adoção de estilo de vida mais saudável, proporcionando conhecimento e habilidades aos pacientes acerca do cuidado diário que a doença demanda (FRANCISCO, 2010).

Pensando nisso, foi criado o Centro de Convivência da Pessoa Idosa para promover a participação e integração do idoso na sociedade, desenvolvendo atividades que vão desde palestras educativas, encontros diários, assistência médica (geriatria e enfermagem), fisioterapia, educação física, psicologia, entre outros. Segundo a coordenadora, Gilma Souto Maior Nunes, o centro possui uma vasta atuação na defesa dos direitos dos idosos, funcionando como um elo entre os beneficiários e o Poder Público, a partir do gerenciamento de ações, programas e iniciativas promotoras da qualidade de vida na terceira idade.

É sabido, que as pessoas idosas apresentam mais doenças crônicas, comorbidades e índices superiores de dependência. Devido a isso, são os usuários mais presentes nos três níveis de cuidados da saúde, dentre eles os cuidados primários, prevenção e promoção de saúde. (SOUZA, et al, 2012), um ser mais vulnerável, não se resumindo apenas ao aspecto biológico, mais também nas questões sociais e culturais, econômicas e políticas (ALMEIDA et al., 2011), fazendo-se a partir dessa premissa, a relevância de se obter dentro das instituições de ensino, conhecimentos e estratégias específicas para a promoção da saúde e prevenção de agravos em idosos, visto que é uma faixa etária bastante vulnerável a danos à saúde.

A pesquisa tem como objetivo relatar as experiências vivenciadas pelas discentes do Curso de Enfermagem nas atividades de promoção à saúde aos idosos do Centro de Convivência da Pessoa Idosa de Campina Grande, pondo em prática os conhecimentos adquiridos em sala de aula, contribuindo para melhorar o entendimento acerca da patologia e técnicas que promovam um autocuidado significativo.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência a partir das aulas práticas da disciplina Saúde do Idoso com um grupo de 40 idosos que frequenta o Centro de Convivência da Pessoa Idosa do município de Campina Grande, no período de 24 de julho a 06 de agosto de 2014. Durante esse período, foram realizadas três oficinas, sendo que uma delas tinha com temática de diabetes mellitus e qualidade de vida. Esse relato descreve a vivência na construção e realização da oficina sobre diabetes mellitus, a qual foi desenvolvida em duas partes: uma dinâmica e a outra, uma experiência prática.

Resultados e Discussão

No Centro de Convivência têm-se, inicialmente, o momento da oração e caso haja algum idoso visitante, canta-se uma música de boas-vindas. Em seguida, é realizado o café da manhã com os idosos e também uma consulta médica para avaliação de seu estado de saúde para que os mesmos possam participar das atividades desenvolvidas pelo Centro com segurança.

Após esse momento inicial, foi dado seguimento às atividades previstas através de uma dinâmica envolvendo duas graduandas de enfermagem e alguns dos idosos. Buscamos explicar de maneira clara como ocorre a produção e liberação da insulina e seu funcionamento em nosso organismo. Para isso uma aluna representou o pâncreas e outra a insulina, mostrando a localização do órgão e sua função na produção do hormônio responsável por carregar a glicose, os quais foram representados pelos idosos e colocar dentro da célula, círculo que foi feito no chão.

Dentro desse contexto, abordamos a atuação da insulina e pâncreas no corpo quando a diabetes está instalada, comentando sobre seus fatores de risco, formas de prevenção e possíveis complicações da doença. Em seguida, foi orientado as formas de controle da diabetes por meio de exercícios físicos regulares, uma dieta saudável, o uso correto das medicações prescritas e as visitas regulares ao médico. Os idosos ficaram bastante atraídos com a forma que foi exposto o tema por se tratar de uma dinâmica com uma linguagem clara e sem termos técnicos.

No momento seguinte, ensinamos a técnica para aplicação da insulina, mostrando as seringas e agulhas apropriadas para o procedimento, bem como a forma correta de sua conservação, inclusive os locais de aplicação por meio de cartazes ilustrativos. Isso foi muito relevante, pois alguns dos idosos comentaram que não estavam aplicando de maneira correta e ainda utilizava a agulha de tamanho maior que a recomendada inadequadamente. Desse modo, abrimos um espaço para que os idosos pudessem simular a técnica com materiais disponibilizados pelo laboratório da UFCG, onde cada um teve a oportunidade de praticar, mesmo que não fizesse uso da insulina.

Por fim, concluímos as atividades com o esclarecimento das dúvidas existentes e distribuição de panfletos com informações acerca da técnica abordada e com receitas de alimentações direcionadas ao diabético. Nesse momento de compartilhar suas impressões, os idosos interagiram bastante, trazendo-nos experiências vividas, que de alguma forma, assemelhavam-se àquele ao tema comentado, corroborando a ideia da importância da promoção da saúde e prevenção da diabetes e os agravos relacionados a doença. Ademais foram feitos questionamentos e esclarecidas as dúvidas, sendo esse período muito importante para a aquisição de novos conhecimentos, bem como o aprofundamento daqueles já existentes.

Conclusão

Esta experiência mostrou-se bastante produtiva, pois possibilitou uma interação de acadêmicos com a pessoa idosa a partir de ações em saúde e do compartilhamento saberes e experiências. Além de acrescer conhecimento prático acerca do público idoso visto que se tornarão muito em breve um grande contingente populacional do Brasil.

Tal convivência foi essencial para a nossa formação profissional, pois aproxima os futuros enfermeiros com a população idosa, além de ter possibilitado uma vivência em ações de promoção à saúde voltada a longevidade saudável, por meio de uma abordagem grupal e simples.

A receptividade dos idosos com as discentes é outro fator a destacar, pois a inserção dos estudantes no grupo tem dado uma nova perspectiva para estes, possibilitando o convívio com diferentes faixas etárias, vislumbrando práticas que incluam o idoso enquanto ator social, reflexivo e instrumentalizado com o seu saber a fim de contribuir no processo de mudança social. Sendo assim, conclui-se que os grupos da terceira idade são de suma importância para a inserção de idosos na sociedade, possibilitando o cultivo de novos hábitos,

engajando-se em atividades produtivas, entre outros; a fim de conquistar um bem-estar ampliado, criando assim um espaço de saúde e de inclusão social.

Referências

ALMEIDA, A.B.A.; AGUIAR M.G.G. O cuidado do enfermeiro ao idoso hospitalizado: Uma abordagem bioética. **Revista bioética**. vol. 19. n 1, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde. 2007.

FRANCISCO, Priscila Maria Stolses Bergamo et al. Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, Jan. 2010.

MATHIAS, Thais A. Freitas; JORGE, Maria Helena P. M. Diabetes Mellitus na População Idosa em Município da Região Sul do Brasil: Um Estudo da Mortalidade e Morbidade Hospitalar. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.** Vol 48, nº4, Agosto. 2004.

MENDES, Telma de Almeida Busch; GOLDBAUM, Moisés; *et al.* Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(6), junho. 2011.

PICINI, Roberto Xavier; FACCHINI, Luiz Augusto; *et al.* Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. vol 11. n 3:657-667, 2006.

SOUZA, L.X.M.; CARVALHAIS, M. D.; CARVALHAIS L.D. O cuidado em enfermagem a pessoas idosas dependentes: cuidados domiciliares, hospitalares e continuado. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**. vol 14, n. 3, 2012.

TAVARES, Darlene Mara dos Santos; RODRIGUES, Rosalina A. Partezani. Educação conscientizadora do idoso diabético: uma proposta de intervenção do enfermeiro. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 36, n. 1, Março. 2002.

Agradecimentos

Agradecemos a direção e administração do Centro de Convivência da Pessoa idosa de Campina Grande – PB que nos oportunizaram experiências de grande valia para nossa formação profissional, aos idosos pela colaboração nas atividades realizadas e pelo acolhimento durante o período que passamos no Centro. Somos gratos também a nossa professora e orientadora pela motivação, incentivo e pela oportunidade de conhecer e aprofundar os nossos conhecimentos a cerca da rotina dos idosos que possuem um envelhecimento ativo e saudável.

PROMOÇÃO DA SAÚDE NO PUERPÉRIO: A PRÁTICA DA VISITA DOMICILIAR MULTIPROFISSIONAL

Autor 1 – Érika Nayara Benício Gonçalves de Sales. Enfermeira, Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia (EFSFVS). Email: erika_bsales@hotmail.com

Autor 2 – Jéssica Edna Silveira Muniz. Assistente Social, Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia;

Autor 3 – Marina Girão Lima de Queiroz. Terapeuta Ocupacional, Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia

Autor 4 (Orientador) Francisco Gilmário Rebouças Júnior. Psicólogo, Tutor do Sistema Saúde-escola do Município de Sobral e do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia, Mestrando em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará.

Palavras-chave: Saúde da Família. Visita Domiciliar. Equipe de Assistência ao Paciente. Promoção da Saúde.

Resumo

Compreendendo a visita domiciliar como um instrumento central no processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família e a importância de sua realização na primeira semana de vida do bebê, este estudo tem como objetivo relatar a experiência de residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família na realização de visitas domiciliares à puérperas e recém-nascidos com abordagem multiprofissional e interdisciplinar. Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, desenvolvido em um CSF do município de Sobral/Ce no período de maio a julho de 2014, utilizando o diário de campo como instrumento de coleta de dados e a análise sendo feita através da narrativa descritiva. Durante as visitas foi possível evidenciar três aspectos importantes para a promoção da saúde materno-infantil na integralidade do cuidado: escuta qualificada para clínica ampliada, compartilhamento de saberes e práticas, e a coparticipação do sujeito no processo de saúde. Ao final desse estudo podemos perceber que a visita domiciliar à puérpera e RN realizada de maneira multiprofissional se configura como um espaço de viabilização da promoção da saúde materno-infantil, trabalhando a partir dos determinantes sociais e promovendo o cuidado integral com coparticipação do sujeito no seu processo de saúde.

Introdução

A atenção primária à saúde (APS) vem se afirmando como estratégia de organização do sistema de saúde e forma de resposta às necessidades de saúde da população. Neste contexto, as ações de saúde da família, anteriormente voltadas à cobertura de pequenos municípios, com foco em áreas de maior risco social, passam a adquirir centralidade na agenda do governo federal, a partir de meados da década de noventa, com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF). (CUNHA e SÁ, 2013).

Como estratégia nacional para a atenção básica, denominada, a partir de 2006, Estratégia de Saúde da Família (ESF), suas diretrizes passam a se contrapor ao modelo de atenção vigente, baseado na lógica curativa e medicalizante, propondo uma atenção centrada na família e no território, baseando-se em ações de prevenção das doenças, promoção e assistência à saúde (BRASIL, 2012).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) propõe o desenvolvimento de estratégias de qualificação em ações de promoção da saúde para profissionais de saúde inseridos no Sistema Único de Saúde (Brasil, 2010). Visando à produção de novos modos de cuidado, a ESF propõe a visita domiciliar (VD) como instrumento central no processo de trabalho das equipes, pois é uma tecnologia leve que permite uma maior aproximação do profissional de saúde com a realidade vivenciada pelo indivíduo ou comunidade e, por meio dela, poderão ser desenvolvidas ações com o objetivo de promover saúde e melhorar a qualidade de vida da população (Borges e D'oliveira, 2011; Filgueiras E Silva, 2011; Brasil, 2012).

Dentro do cuidado materno-infantil, o Ministério da Saúde preconiza a visita domiciliar na primeira semana após a alta do bebê. Vale ressaltar que da mesma forma que a gravidez, o pós-parto – também denominado puerpério – é um período especial na vida de uma mulher e merece algumas considerações específicas. No puerpério podem surgir problemas de saúde ainda relacionados com a gravidez, responsáveis por muitas sequelas e até mesmo mortes de mulheres, provocadas por hemorragias e infecções. Nesta ocasião, ela também deverá receber informações específicas sobre os cuidados que deve tomar consigo mesma e com o bebê e orientações pertinentes à amamentação, à vida reprodutiva e à sexualidade. (BRASIL, 2012)

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) da EFSFVS, do qual os autores fazem parte, preconiza o trabalho multiprofissional e interdisciplinar baseados na promoção da saúde, desenvolvido nos Centros de Saúde da Família (CSF) do município de Sobral/CE. A partir da vivência nos territórios, foi possível perceber a complexidade de fatores e sentimentos presentes nesse momento da vida de mãe e filho e a necessidade de uma abordagem diferenciada com escuta qualificada na visita domiciliar puerperal.

O presente estudo tem como objetivo relatar a experiência de residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) de Sobral/Ce na realização de visitas domiciliares à puérperas e recém-nascidos com abordagem multiprofissional e interdisciplinar.

Metodologia

Estudo descritivo do tipo relato de experiência, tendo como cenário o CSF CAIC no município de Sobral/CE. Participaram dessa experiência as 03 residentes (Enfermeira, Assistente Social e Terapeuta Ocupacional) do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia lotadas no território supracitado. Foi estabelecido que todas as visitas puerperais realizadas na área sob a responsabilidade da enfermeira residente a partir do mês de maio de 2014 em diante seriam de caráter multiprofissional. Para realização desse estudo optamos por um recorte no período que compreendeu os meses de maio a julho de 2014. O registro das informações ocorreu no prontuário dos usuários bem como em diário-de-campo das residentes. A análise dos dados se enquadra como narrativa descritiva.

Resultados e Discussão

Durante o período do estudo foram 06 nascidos vivos e 07 puérperas, todos visitados na primeira semana após a alta do bebê. A não correspondência entre os dados é referente a uma mãe que entregou seu filho para adoção logo após a alta e o RN foi levado para outro bairro do município, sendo de responsabilidade sanitária de outro CSF. Vale ressaltar que todas as visitas ocorreram juntamente com o Agente Comunitário de Saúde (ACS) responsável pela área, pois acreditamos na importância desse profissional para o vínculo com a comunidade e a continuidade do cuidado.

Durante as visitas, foram discutidas, com as puérperas e familiares presentes, os cuidados com o RN, a importância do aleitamento materno exclusivo e do apoio familiar, dúvidas quanto ao registro de nascimento e inclusão no cadastro do Bolsa Família, estímulos visuais e sonoros para desenvolvimento motor e cognitivo do RN, além do fortalecimento de vínculo entre mãe e bebê. Foram observados todos os riscos clínicos e sociais, renda e dinâmica familiar, fatores estressores, além das condições de habitação e vínculos empregatícios de todos os familiares que possuíam vínculo direto com puérpera. É importante destacar que a escuta qualificada dos sujeitos norteava as abordagens realizadas pelos profissionais e a coparticipação deles no processo de cuidado era estimulada frequentemente.

Desse modo, optamos por elencar três pontos na Visita Domiciliar Puerperal Multiprofissional para maiores discussões, considerados importantes para a promoção da saúde materno-infantil na integralidade do cuidado:

Escuta qualificada para Clínica Ampliada

Compreendemos a chegada de um novo membro da família inspira cuidados mais especiais e gera um mosaico de sentimentos. Conhecer a realidade vivenciada pela puérpera no convívio de sua família e meio social, ouvindo suas angústias e expectativas em relação à maternidade possibilitou o fortalecimento do vínculo desenvolvido no acompanhamento pré-natal e facilitou o diálogo entre profissionais e usuários no momento das orientações necessárias desse momento da vida da mãe e do RN. A escuta qualificada, segundo Salci *et al.* (2013), é uma habilidade fundamental a todo profissional de saúde e significa desenvolver a capacidade de ouvir atentamente as narrativas

das pessoas. O Ministério da Saúde, através do HumanizaSUS (Brasil, 2009), defende que essa escuta faz diminuir a distância entre o que é “prescrito” pelos profissionais e o que é realizado pelos usuários.

Nesse mesmo documento é reforçado que se realizar uma Clínica Ampliada, adequada à vivência de cada indivíduo diante de um agravo à saúde, é preciso identificar, além do que o sujeito apresenta de igual, o que ele apresenta de diferente, de singular. Com isso, abrem-se inúmeras possibilidades de intervenção e é possível propor tratamentos (construir um projeto terapêutico) mais resolutivo e contar com a participação das pessoas envolvidas (Brasil, 2009). Foi seguindo essa proposta que pudemos identificar as necessidades das famílias e propor intervenções específicas e exequíveis pela puérpera e demais cuidadores, para um período puerperal mais tranquilo e prazeroso.

Compartilhamento de saberes e práticas

A partir da realidade de cada puérpera, os profissionais que participavam das visitas realizavam orientações conforme suas competências técnicas. No entanto, por se tratar de uma abordagem multiprofissional, a VD transformava-se em um momento de educação permanente, fortalecendo o trabalho interdisciplinar e valorizando a educação popular em saúde. Scherer et al (2013) apresentam a interdisciplinaridade como instrumento e expressão de uma crítica do saber disciplinar e como uma maneira complexa de entendimento e enfrentamento de problemas do cotidiano. Exige a integração não somente de saberes, mas também de práticas, e integra e renormaliza as disciplinas e as profissões delas decorrentes, ou seja, um processo de construção de conhecimento e ação, a partir de finalidades compartilhadas por coletivos de trabalho. Implica em um posicionamento ético e político que exige diálogo e negociação para definição das competências necessárias para a resolução dos problemas enfrentados.

Co-participação do sujeito no processo de saúde

Em todos os momentos da VD buscou-se viabilizar a autonomia e a responsabilidade dos indivíduos com a saúde. O diálogo ocorria de modo a transparecer que mãe, pai e familiares são os principais atores desse processo e que grande parte da efetividade das ações de cuidado só seria alcançada por meio da participação ativa deles. Vale ressaltar que em nenhum momento os profissionais se abstiveram de suas responsabilidades éticas e sanitárias para com as famílias em questão, sempre se colocando à disposição para ouvir e prestar assistência, quando necessário, além de orientar possíveis sinais de risco e quais as condutas a serem seguidas. A Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2010) tem entre seus objetivos “ampliar a autonomia e a corresponsabilidade de sujeitos e coletividade”. Entretanto, Kebian *et al* (2012) defende que a autonomia do sujeito é plena quando se oportuniza a ele uma participação politizada, crítica e interventora de sua saúde e qualidade de vida.

Conclusão

Ao final desse estudo podemos perceber que a visita domiciliar à puérpera e RN realizada de maneira multiprofissional se configura como um espaço de viabilização da promoção da saúde materno-infantil, trabalhando a partir dos determinantes sociais e promovendo o cuidado integral com coparticipação do sujeito no seu processo de saúde.

A prática da interdisciplinaridade dentro da ESF precisa ser incentivada para que cada vez mais o modelo flexneriano de conhecimento fragmentado e especializado, ainda presente no cotidiano das práticas de saúde, possa ser ocupado pelo exercício da Clínica Ampliada, buscando um cuidado integral e holístico.

Esperamos que essa experiência possa contagiar outros profissionais de saúde, principalmente na atenção primária, a trabalhar em equipe de modo a trocar experiências e práticas, mas sempre valorizando a posição do usuário e suas reais necessidades de cuidado.

Referências

BERNARDI, Mariely Carmelina; CARRARO, Telma Elisa; SEBOLD, Luciara Fabiane. Visita Domiciliária Puerperal como Estratégia de Cuidado de Enfermagem na Atenção Básica: Revisão Integrativa. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.12, n. esp, p1074-80, Fortaleza, 2011.

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

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

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012b

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BORGES, Renata; D’OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. A visita médica como espaço para interação e comunicação em Florianópolis, SC. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.37, p.461-72, 2011.

CUNHA, Marcela Silva da; SA, Marilene de Castilho. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 17, n. 44, Mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 ago. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013000100006>>.

FILGUEIRAS, Andréa Sabino; SILVA, Ana Lúcia Abrahão. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 ago. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000300008>.

KEBIAN, Luciana Valadão Alves; PENA, Daiana Albino; FERREIRA, Vanessa de Almeida, TAVARES, Maria de Fátima Lobato; ACIOLI, Sonia. As Práticas de Saúde de Enfermeiros na Visita Domiciliar e a Promoção DA Saúde. **Revista APS**, v.15, n.1, p.92-100, Rio de Janeiro, 2012.

SALCI, Maria Aparecida; MACENO, Priscila; ROZZA, Soraia Geraldo; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da; BOEHS Astrid Eggert; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schulter Buss. Educação em Saúde e suas Perspectivas Teóricas: Algumas Reflexões. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 22, n.1, p.224-30, Florianópolis, 2013.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos. PIRES, Denise Elvira Pires de. JEAN Rémy. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18 n. 11 p. 3203-3212, 2013.

Agradecimentos

Queremos agradecer primeiramente a cada puérpera e suas respectivas famílias, que nos concedeu permissão para realizar as VD e adentrar no cotidiano de seus lares.

À equipe do CSF CAIC e à Secretaria de Saúde de Sobral, que nos permitiu e ainda permite realizar esse trabalho compartilhado de maneira amorosa e construtiva.

Ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, por meio da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia, que nos proporcionou um mergulho na Estratégia Saúde Família e a oportunidade de experimentar as dores e as delícias de ser multiprofissional.

PROMOÇÃO DA SAÚDE PELA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ESQUIZOIDE: UM ESTUDO DE CASO

Apresentadora – Thaís Kamilla Alves Pereira. Acadêmica de Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande, kamillatkap_thais@hotmail.com

Bruna Almeida Bandeira – Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cajazeiras.

Esther Dias Pedrosa - Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cajazeiras.

Graziela Leite dos Santos – Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cajazeiras.

Osilene Oliveira Gomes – Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cajazeiras.

Orientadora – Álissan Karine Lima Martins. Professora Doutora da Universidade Federal de Campina Grande.

Palavras-chave: Transtorno de Personalidade Esquizoide. Assistência de Enfermagem. Diagnóstico.

Resumo

O Transtorno de Personalidade Esquizoide (TPE) é definido como um transtorno de personalidade primariamente caracterizado por falta de interesse em relações sociais, tendência ao isolamento e à introspecção bem como pela frieza emocional além de uma rica e elaborada atividade imaginária interior. O objetivo do estudo é relatar a experiência de práticas para promoção da saúde voltadas para um usuário com TPE desenvolvidas por discentes de enfermagem. Trata-se do estudo de caso de TPE realizado em abril de 2014, no Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS) da cidade de Cajazeiras – PB, durante as atividades práticas da disciplina de Enfermagem Psiquiátrica, do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cajazeiras – PB. O diagnóstico do paciente escolhido foi o Transtorno de Personalidade Esquizoide (F60.1). Houve a implementação da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) através da coleta de dados seguida da elaboração do plano de cuidados para este paciente, contendo os diagnósticos de enfermagem, resultados esperados e intervenções de enfermagem. Através das atividades buscou-se interagir, conhecer e cuidar, favorecendo a melhora do estado geral do paciente. A experiência de implementação da SAE no contexto da psiquiatria foi de grande relevância para o aprendizado, motivando o estudo e norteando para prestar uma assistência de enfermagem de qualidade, identificando os problemas pertinentes, orientando quanto aos diversos cuidados a serem prestados, ouvindo as queixas e sentimentos, contribuindo para o cuidado sobre uma perspectiva integral.

Introdução

O Transtorno de Personalidade Esquizoide (TPE) é definido como um transtorno de personalidade primariamente caracterizado por falta de interesse em relações sociais, tendência ao isolamento e à introspecção bem como pela frieza emocional além de uma rica e elaborada atividade imaginária interior. Embora os termos sejam parecidos, o transtorno de personalidade esquizoide não é o mesmo que esquizofrenia, ainda que haja uma prevalência maior de pessoas com este transtorno em famílias com esquizofrenia e ambos compartilhem características como distanciamento ou embotamento afetivo (LOUZÃ; HELKEIS, 2007).

O diagnóstico é baseado nas experiências reportadas pelo paciente, como também marcadores do transtorno observados por um profissional da saúde mental (OMS, 1993). A última versão do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM - IV), guia americano amplamente usado por médicos à procura de um diagnóstico de doenças mentais, define o TPE como "um padrão invasivo de distanciamento das relações sociais e um alcance restrito de expressão de emoções, que começa no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos".

Os critérios de classificação são pelo menos quatro dos que seguem: a) não deseja e nem aprecia relações íntimas, incluindo ser parte de uma família; b) quase sempre escolhe atividades solitárias; c) tem pouca vontade de ter relações sexuais com outra pessoa; d) tem prazer em poucas atividades, se alguma; e) falta de amigos íntimos ou confidentes que não sejam parentes de primeiro grau; f) é indiferente às críticas ou elogios; g) mostra frieza emocional, distância ou afetividade limitada.

Para o DSM-IV, está proposto que o TPE deixe de ser considerado como um tipo específico, mas sim como uma combinação de traços de personalidade patológicos (retraimento social, isolamento social, fuga à intimidade, afetividade restrita, anedonia).

O CID-10, da Organização Mundial de Saúde, define o TPE de forma muito semelhante ao DSM-IV. Para esse sistema classificatório, são necessários pelo menos quatro dos sintomas que seguem: a) tem prazer em poucas atividades, se alguma; b) mostra frieza emocional, distância ou afetividade limitada; c) capacidade limitada para expressar tanto sentimentos de calor e ternura como de ira para com outras pessoas; d) aparente indiferença às críticas ou elogios; e) pouca vontade de ter relações sexuais com outra pessoa (atendendo à idade); f) quase sempre escolhe atividades solitárias; g) preocupação excessiva com fantasia e introspecção; h) falta de amigos íntimos ou confidentes (ou apenas um) e de desejo de os ter; i) marcada insensibilidade às normas e convenções sociais estabelecidas. Esta condição exclui a Síndrome de Asperger, o Transtorno Delirante, o Transtorno Esquizoide da Infância, a Esquizofrenia e o Transtorno de personalidade esquizotípica (OMS, 1993).

É importante ressaltar a atuação do enfermeiro nos serviços de saúde mental e psiquiatria na perspectiva do modelo psicossocial, pois essa prática está em processo de mudanças de um paradigma de internação para a desinstitucionalização. Diante das transformações ocorridas no campo da saúde mental, os profissionais de enfermagem assumem papéis importantíssimos na promoção da saúde com uma perspectiva de cuidado e reabilitação psicossocial (DAMÁSIO, 2008).

As atividades desenvolvidas pelos enfermeiros nesses serviços são cuidados físicos e psicológicos, elaboração do plano assistencial ao doente mental, orientação e supervisão de auxiliares de enfermagem, inter-relacionamento pessoal enfermeiro-paciente e estabelecimento da relação de ajuda e do aconselhamento psicológico terapêutico. Essas atividades apresentam diversas características, devido a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva, passando a tomar novos rumos, diferentes das práticas dos hospitais psiquiátricos tradicionais (DAMÁSIO, 2008).

A prática da enfermagem é planejar, executar, administrar, coordenar e avaliar as atividades da equipe de enfermagem, assim como desempenhar uma atuação participante na composição da equipe multiprofissional de saúde mental e uma atuação como agente terapêutico junto às pessoas assistidas (DAMÁSIO, 2008).

Essa prática deve estar voltada para o alcance do empoderamento dos indivíduos, contribuindo para o desenvolvimento de ações que enfatizem a promoção da saúde e a autonomia.

Tais práticas devem ser estimuladas desde o momento da formação profissional, quando os discentes estarão incorporando competências e habilidades necessárias para uma atenção de qualidade. Para isso, deve-se incluir metodologias de ensino-aprendizagem que valorizem o raciocínio clínico, o julgamento crítico como também a utilização de princípios éticos voltados a

valorização da escuta e do acolhimento. Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo relatar a experiência de práticas para promoção da saúde voltadas para um usuário com TPE desenvolvidas por discentes de enfermagem.

Metodologia

Estudo de caso realizado no mês de abril de 2014 no Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS) da cidade de Cajazeiras – PB, durante as práticas da disciplina Enfermagem Psiquiátrica, do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cajazeiras – PB.

Durante as atividades desenvolvidas no serviço houve a escolha de um usuário que chamou a atenção devido às características apresentadas, o que definiu e determinou seu diagnóstico para realização do estudo.

Para coleta de dados utilizou-se um instrumento para avaliação psiquiátrica desenvolvido durante a disciplina. O instrumento continha perguntas relacionadas à identificação do paciente, ao transtorno mental, histórico familiar, hábitos de vida, personalidade pré-mórbida, tratamento utilizado, queixas e antecedentes psiquiátricos. Houve ainda a consulta ao prontuário individual do usuário do CAPS II.

Este foi aplicado durante visita domiciliária na residência do usuário através de entrevista, com ênfase na anamnese e exame do estado mental buscando-se obter os dados pertinentes ao desenvolvimento do estudo de caso. No momento, a família foi abordada, esclarecendo os aspectos da interação familiar referenciadas no prontuário do indivíduo. A visita à residência do paciente proporcionou uma visão geral do seu processo saúde-doença, o que contribuiu para o direcionamento do plano de cuidados sensível às demandas do usuário, com ênfase na sua qualidade de vida.

A partir dos dados, procedeu-se a organização do plano de cuidados seguida pela aplicação das medidas previstas durante os momentos de interação com o usuário durante as atividades desenvolvidas no CAPS II, com ênfase na qualidade de vida e promoção da saúde integrando o sujeito e demais aspectos presentes no contexto comunitário.

Resultados e Discussão

Os resultados foram apresentados a partir da apresentação do caso seguido do plano de cuidados planejado para implementação pela equipe de enfermagem.

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

B.F.S, 29 anos, sexo masculino, pintor, escolaridade nível fundamental completo, com diagnóstico médico de Transtorno de Personalidade Delirante (F60.1). A principal queixa relatada é tristeza de caráter profundo, falta de sentido para as atividades de vida diárias, emagrecimento excessivo devido a anorexia e ideações suicidas, com início desde os 13 a 14 anos de idade, momento das primeiras crises depressivas. Atualmente, apresenta excesso de sensibilidade, preocupação, ideias suicidas, pensamentos negativos, tristeza. Faz uso de medicação psicotrópica: Risperidona 1mg, em duas doses, uma pela manhã e outra durante a noite e Cloridrato de Clorpromazina 100mg, faz uso durante a noite. Outras formas de tratamento é a participação de psicoterapia e terapia ocupacional e psicológica. Possui cuidado corporal: apresenta-se limpo e vestido adequadamente. Quanto às atividades diárias, participa das oficinas e ações realizadas pelo CAPS II e conversa com funcionários e usuários. É comunicativo, no entanto, às vezes mostra-se reservado e quieto. Considera-se triste, com características melancólicas e momentos de retraimento social. Apresenta ideias suicidas. O olhar denota ansiedade (olhar vivo). Mostra-se consciente e orientado: identifica com facilidade os membros da família, dias da semana, mês e ano atuais. Demonstra entendimento quanto ao seu problema de saúde. Evidencia autonomia para realizar as atividades referentes ao autocuidado (horário da medicação). Refere ter um bom convívio com os membros da família.

No prontuário do usuário, são listados os diagnósticos médicos de Transtorno de Personalidade Esquizoide (F60.1) e Retardo Mental Moderado (F71.0). Segundo a família, o paciente apresentou mudanças de comportamento, saindo de casa sem avisar para onde estaria indo, chegando a passar alguns dias fora de casa, sendo visto por conhecidos dormindo em praças públicas. A partir das alterações sofridas em seu comportamento, a família decidiu procurar um serviço especializado a fim de amenizar ou resolver o problema do filho, encaminhando-o ao CAPS II desta cidade. Quanto aos antecedentes pessoais, destacam-se histórico de criptorquia e subsequente necessidade de uma intervenção cirúrgica, a orquiopexia, para descida de ambos os testículos. Em decorrência do processo cirúrgico e do problema antes apresentado, pode-se concluir que estes repercutiram como trauma psicológico para o paciente, que desencadeou, particularmente após a cirurgia, episódios depressivos e outros sintomas como pensamentos suicidas.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS (RE)	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Padrão de sono perturbado relacionado a ansiedade e ambiente de sono inadequado.	O paciente demonstrará satisfação com seu padrão de sono.	Identificar os fatores que interferem no sono; Ouvir os relatos sobre a qualidade do sono; Melhorar o ambiente do paciente.
Conflito de decisões relacionado à situação de	O paciente demonstra independência na	Ouvir o paciente quando ele fala sobre seus sentimentos;

escolha, em face da incapacidade de fazê-la.	adequação e capacidade de realizar decisões.	Valorizar seus esforços para obter mudança de comportamento. Controlar a ansiedade quando o paciente não consegue tomar uma decisão, diante de uma situação de escolha.
Interação social prejudicada relacionada a processo de pensamento alterado, distúrbio no autoconceito que resulta em interação disfuncional com pessoas do mesmo grupo etário ou outros.	O paciente apresentará uma boa interação social.	Proporcionar dinâmicas em grupo estabelecendo o contato entre os pacientes; Oferecer-se para ficar com o paciente durante atividades de grupo que ele considere assustadoras ou difíceis; Dar reconhecimento e reforço positivo as interações voluntárias do paciente com outros.
Isolamento social relacionado ao retraimento e incapacidade de estabelecer relacionamentos pessoais gratificantes.	O paciente identificará as causas e as ações para eliminar o isolamento.	Dar reconhecimento e reforço positivo às interações voluntárias do paciente com os outros. Estimular e ajudar o cliente a participar de cursos, conforme a necessidade.
Risco de suicídio relacionado a história pregressa de tentativa de suicídio.	Reconhecerá as dificuldades percebidas na situação atual e identificará os fatores atuais que podem ser contornados.	Determinar a gravidade do risco/potencial de suicídio e a gravidade da ameaça. Firmar um contrato com o cliente estabelecendo o compromisso de ele não causar nenhum dano fatal por um certo período.

A partir do caso em estudo, percebemos a importância da implementação da sistematização de enfermagem que visa acima de tudo, a promoção da saúde e o bem estar do paciente. Além disso, observamos que essa prática contribuiu para uma melhora do estado geral do paciente falado em questão, pois proporcionou um diálogo que demonstrou segurança e tranquilidade por ambas as partes, tanto do paciente quanto dos acadêmicos de enfermagem, proporcionando uma maior interação social e escuta qualificada.

Neste contexto, buscamos prestar uma assistência de enfermagem que favoreça a promoção da saúde sendo de grande relevância para o nosso aprendizado, motivando o estudo e nos norteando para prestar uma assistência de enfermagem de qualidade, identificando os problemas pertinentes a cada indivíduo com algum transtorno mental.

Conclusão

A aprendizagem se constrói a partir de um processo teórico e prático, no qual o conhecimento exerce um importante papel que respalda o planejamento da prática. Em saúde mental, as práticas de ensino-aprendizagem devem estar voltadas para a desmistificação do sofrimento mental e incorporação pelos profissionais de saúde, em particular o enfermeiro, de ações que enfatizem o bem estar do indivíduo e o alcance da qualidade de vida.

De forma geral, a vivência contribuiu para o entendimento da conjuntura que envolve o cuidado do TPE pelo profissional de enfermagem, incluindo as dificuldades encontradas no exercício da profissão como também a complexidade em lidar com diversas demandas no campo de atuação. Tais atividades tiveram o potencial de interação, conhecimento e cuidado que favoreceram a melhora do estado geral do paciente, sendo de grande relevância para o processo de ensino-aprendizado dos discentes.

Com isso, houve a motivação quanto ao cuidado singular norteado para uma assistência de enfermagem de qualidade pela identificação dos problemas pertinentes ao transtorno, orientação quanto aos diversos cuidados a ser prestados e escuta das queixas e sentimentos, contribuindo para a atenção numa perspectiva integral.

Referências

Classificação de Transtornos mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas – Coord. Organiz. Mund. da Saúde; trad. Dorgival Caetano. – Porto Alegre: Artmed, 1993.

Louzã Neto, Mario Rodrigues, Hélio Helkeis. **Psiquiatria Básica.** 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DOENGES, M. E; MOORHOUSE, M.F; MURR, A. C. **Diagnósticos de Enfermagem: Intervenções, Prioridades, Fundamentos.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

TRADUÇÃO: GARCEZ, REGINA MACHADO. **Diagnóstico de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação** 2009-2011/NANDA Internacional. – Porto Alegre: Artmed, 2010.

TOWNSEND, M.C. **Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

Damásio VF, Melo VC, Esteves KB. **Atribuições Do Enfermeiro Nos Serviços De Saúde Mental No Contexto Da Reforma Psiquiátrica,** Rev enferm UFPE on line. 2008 out./dez.; 2(4):425-33. Rio de Janeiro, Brasil. 2008.

Agradecimentos

Agradecemos ao usuário, familiares e profissionais do serviço pela abertura para o desenvolvimento do estudo.

PROMOÇÃO DA SAÚDE: PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS QUE ATUAM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Linda Katia Oliveira Sales (apresentadora) – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Email: lindakatia.enfermagem@yahoo.com.br

Thiago Santos de Araújo – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Fátima Raquel Rosado Moraes - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Mercio Gabriel de Araújo – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Ildone Forte de Moraes (Orientador) - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Palavras-chave: Enfermagem. Programa Saúde da Família. Promoção da Saúde

Resumo

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde ⁴³¹

A Promoção da Saúde é uma estratégia de produção de saúde, que contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde, podendo agir como mecanismo de fortalecimento do desempenho qualificado e resolutivo da assistência integral humanizada. A pesquisa objetiva discutir a percepção dos enfermeiros (as) acerca do desenvolvimento das ações de promoção da saúde nas UBS's de Caicó. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo descritiva, realizada nas UBSF da zona urbana de Caicó. Com aplicação de questionário semi-estruturado e realizada análise temática dos dados. Está protocolado no CEP/UERN sob nº 139/10. Os enfermeiros das UBS's consideraram o desenvolvimento das ações de Promoção da Saúde, por meio principalmente da proposta de educação em saúde, onde a participação e o envolvimento dos usuários é muito satisfatória. Entretanto, o estudo mostrou fragilidades no que diz respeito à ausência de espaços físicos e estruturais ideais, de recursos materiais e o apoio pontual da gestão. Considera-se que as estratégias de saúde propostas e desenvolvidas para os usuários das UBS's ainda são bastante restritas, destacando-se a figura dos enfermeiros como o mais atuante dentre os profissionais que compõem a equipe, sendo estes, considerados elementos fundamentais no desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde. Percebe-se também que as ações de Educação em Saúde são coerentes com as necessidades dos usuários. Para superar os desafios apresentados nesta pesquisa sugere-se o envolvimento interdisciplinar dos profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família, maior participação da gestão e fortalecimento do controle social.

Introdução

Atualmente, a atenção à saúde no Brasil tem investido na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Há, pois, um grande esforço na construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos.

A promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde, e um dos profissionais da área de saúde que podem contribuir para a construção dessas ações é a figura do enfermeiro. Estatísticas apresentadas pelo COFEN (2009) afirmam que os enfermeiros são responsáveis por 65% das ações de qualidade e atenção à saúde no país, onde apesar da diversidade de atuação, o mercado ainda tem deficiência destes profissionais que atendam à demanda nacional. Assim, segundo o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) a proporção de médicos e enfermeiros no Brasil está em 9,1 médicos para 1 enfermeiro. Em países desenvolvidos, essa situação é inversa, sendo considerada uma garantia para o maior sucesso nas ações de saúde, tendo em vista as especificidades técnicas no trabalho do enfermeiro na promoção à saúde e prevenção de doenças.

Ligado à progressiva credibilidade do profissional enfermeiro no serviço de saúde, justifica-se uma análise da ação deste profissional na nova intervenção de saúde adotada na implantação do Programa Saúde da Família. Ademais, tal abordagem poderá vir a contribuir no despertar dos profissionais na luta por mais conquistas para a categoria, bem como para a necessidade de aprofundar conhecimentos buscando respaldar sua prática profissional. Certamente, tais ações podem agir como mecanismo de fortalecimento do desempenho qualificado e resolutivo da assistência integral humanizada, superando suas atuações tradicionais, com confiança de reconhecimento e objetivando o alcance de benefícios desse novo cuidado, transformando as condições de vida em favor da saúde da população (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009).

O enfermeiro, no seu âmbito profissional, deve estar apto a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integral e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Assim, o objetivo do exercício profissional do enfermeiro neste nível está em melhorar as condições de saúde existentes e propor novas tecnologias que garantam melhorias nas condições de saúde.

Este estudo foi realizado com a proposta de apresentar-se como fonte de informação ao profissional enfermeiro, a gestão e aos usuários, na tentativa de se tornar ferramenta de referência na construção de uma proposta eficaz no cuidado à saúde, buscando caminhos que levem a população ao controle sobre sua saúde e suas condições de vida individual e coletiva, já que foi baseado e está atualizado com o que é preconizado e estimulado pelo Ministério da Saúde que reforça o desenvolvimento de ações voltadas à promoção da saúde em sua Política Nacional de Promoção da Saúde.

Diante desse contexto, a presente pesquisa busca discutir a percepção dos enfermeiros acerca da promoção da saúde nas Unidades Básicas de Saúde da Família do município de Caicó – RN.

Metodologia

Pesquisa qualitativa, do tipo descritiva, realizada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS's) do município de Caicó, Como critério de inclusão fez parte do estudo todos os enfermeiros que atuam no ESF da zona urbana. A coleta de dados foi realizada no período de Dezembro de 2010 à Julho de 2011, através da aplicação de um questionário semi-estruturado. A coleta de dados foi realizada em uma sala individual na unidade de saúde, de acordo com a disponibilidade dos profissionais e a aplicação do questionário foi feita de forma individualizada na tentativa de garantir confidencialidade e sigilo.

Para análise dos dados utilizou-se análise temática. O estudo teve a aprovação do CEP/UERN sob nº 139/10.

Para garantir o sigilo e anonimato dos participantes seus nomes foram substituídos por nomes de flores da flora brasileira, por serem uma representação pura e forte de uma das mais diversas riquezas presentes na natureza brasileira.

Resultados e Discussão

Entende-se que a atuação do enfermeiro no PSF, elegendo o território como elemento norteador das ações em saúde, nos indica como deve ser a Promoção da Saúde. E a este respeito, quando indagados sobre tal conceito, percebeu-se a valorização da participação da população nos serviços; a garantia de ações destinadas às necessidades dos usuários; a antecipação de cuidados para evitar doenças e a integralidade como eixo norteador da prevenção, promoção da saúde e recuperação da saúde.

Promoção da Saúde é um conjunto de ações que visa antecipar os cuidados com a saúde da população para evitar o adoecimento do indivíduo. (Papoula)

Promoção da Saúde é desenvolver ações (multiprofissionais, intersetoriais e interdisciplinar) para, dentre outros, o processo saúde/doença do sujeito individual no seu coletivo, visando a integralidade deste; objetivando especialmente a prevenção, promoção e/ou recuperação. (Lírio)

Isto corrobora com a idéia de promoção da saúde defendida por Buss (2000) o qual entende que Promoção da saúde é um conjunto de atividades, processos e recursos orientados a propiciar a melhoria das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde individual e coletivo.

Já no que diz respeito às estratégias de implementação da Promoção da Saúde, os entrevistados responderam que a Educação em Saúde ocorre em todas as UBS's, sendo realizadas principalmente com grupos de hipertensos, diabéticos, idosos, mães e gestantes. Esta estratégia é conduzida, em todas as ESF, pelos enfermeiros e por parte dos agentes comunitários de saúde que consta de visitas domiciliares e palestras informativas sobre temas que envolvem bem-estar, saúde e qualidade de vida e outros temas que são de interesse da comunidade.

Atendimento individual aos pacientes da área de abrangência, bem como os grupos (gestantes, crianças, diabéticos, hipertensos); educação em saúde e formação de grupos para debate; ações preconizadas pelo MS para o PSF. (Cravo)

Atividades educativas em sala de espera, nas escolas e individual, além de orientações a todos os usuários e atividades realizadas pelos ACS diariamente nas residências. (Bromélia)

Para Pereira (2005) a Educação em Saúde é uma estratégia a ser utilizada pelos profissionais das ESF, cujo foco das ações é a promoção, a proteção, a restauração, a redução de riscos e a prevenção das doenças e, principalmente incentivar os sujeitos a adoção de hábitos saudáveis através de uma metodologia participativa e democrática que se encaminhe para o debate, para a discussão e para a tomada de decisão consciente na busca de melhores condições de saúde.

Ao se questionar sobre quais os espaços públicos os enfermeiros utilizam para realizar essas ações de prevenção e promoção da saúde a maioria deles responderam que realizam suas ações em colégios públicos, igrejas católicas e evangélicas, conselhos comunitários dos bairros, praças, ginásios de esportes, abrigo de idosos, organizações não governamentais, e até mesmo nas próprias instalações das unidades básicas de saúde.

Nesse contexto, Lefevre (2004) destaca o conceito de Escola Promotora de Saúde defendida pela OPAS que afirma que cabe a escola estimular estilos de vida saudáveis em toda a comunidade escolar, desenvolvendo ambiente saudável condizente com a proposta de promoção da saúde.

Ainda, segundo Silveira (2000) a escola é mais uma das instâncias no processo gradativo de formação da cidadania e, não há como avançar nessa direção sem que se estabeleça a necessária sinergia entre escola e movimentos populares, para deve-se buscar apoio e parcerias na comunidade, partindo dos pais dos alunos e chegando a outras instituições públicas e/ou privadas, organizações não governamentais, empresas, instituições religiosas, voluntariado, etc.

Quanto à percepção dos Enfermeiros entrevistados sobre a infra-estrutura, materiais e equipamentos grande parte afirmaram que as mesmas ainda não estão totalmente adequadas para o desenvolvimento de suas atividades laborais, pois apresentam equipamentos e materiais insuficientes, paredes com mofo, alguns consultórios mal climatizados e estruturados, ausência de espaço para reuniões, etc.

Como dificuldade aponto a estrutura física não apropriada. (Girassol)

A estrutura física e instrumentos de trabalho são inadequados e insuficientes. (Flor de Lis)

Marchon e Cunha (2008) corroboram com esta discussão, quando em uma pesquisa realizada em Araruama (RJ) diagnosticaram fatores relacionados à infra-estrutura, onde foram verificadas como barreiras: localização predial, estrutura física e a falta de recursos para manutenção dos mesmos; veículos para transporte e apoio; disponibilidade de remédios, insumos e bens patrimoniais. Além disso, 95% dos profissionais indicaram a falta de recursos financeiros para a saúde como principal barreira, sem priorização para as unidades do PSF, contribuindo para a baixa resolubilidade dos procedimentos técnicos, e também a heterogeneidade na estrutura física das unidades do PSF, consideradas inadequadas e em situação precária. Essas barreiras causam vários conflitos entre os profissionais e a comunidade, os quais buscam a unidade e não conseguem o atendimento desejado, por inadequação da estrutura física e relação conflituosa entre os profissionais e os gestores.

Dentre as palavras dos profissionais pesquisados foi apresentado que existem diversas fragilidades e potencialidades no desenvolvimento das ações voltadas para promoção da saúde, onde pode-se destacar como potencialidades a participação ativa da população e de parte da equipe (enfermeiros e ACS) nas ações, humanização das ações, educação continuada de alguns profissionais da equipe, presença dos Núcleos de Apoio Saúde da Família (NASF) e Programa Saúde na Escola (PSE); e as fragilidades estão relacionadas à falta de recursos para o desenvolvimento das ações com a frequência ideal; sobrecarga do profissional de enfermagem devido à demanda e acúmulo de funções; ausência de alguns profissionais da equipe no planejamento e desenvolvimento das ações.

As potencialidades seriam a organização da equipe e participação ativa na área com ações educativas e fragilidades seria ainda a falta de recursos para o desenvolver tais ações com maior frequência. (Rosa)

Dentre as potencialidades está visão mais humana e preventiva, maior contato com os usuários, afinidade pela promoção a saúde; e as fragilidades estão na sobrecarga de trabalho na UBS, falta de adesão/dificuldade dos usuários, visão curativa da população. (Cravo)

Isto reforça os resultados apresentados na pesquisa realizada por Machado (2000) sobre o perfil dos profissionais médicos e enfermeiros do PSF no Brasil, quando o mesmo demonstrou que a maioria dos profissionais considera ser desgastante o exercício de

suas atividades nas ações de promoção. Foram consideradas como as principais causas de desgaste no exercício da profissão: o vínculo trabalhista precário; o excesso de trabalho; a falta de recursos humanos capacitados, materiais e medicamentos; a dificuldade de acesso às áreas de trabalho; a baixa remuneração e a falha no sistema de referência e contra-referência.

Os enfermeiros entrevistados relatam ainda que diversas dificuldades são encontradas no planejamento e desenvolvimento das ações tais como: falta de incentivo e valorização por parte da gestão; ausência frequente e não envolvimento (principalmente dos médicos) de alguns profissionais; carência na organização e agendamento da demanda a ser assistida; dificuldade na adesão por parte da comunidade; falta de materiais específicos, desarticulação da equipe multiprofissional, e ainda, instalações inadequadas nas próprias unidades básicas de saúde.

A dificuldade que existe está na implantação de projetos e materiais para atividades. (Margarida)

Organização e agendamento da demanda a ser assistida. (Rosa)

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

433

Disponibilidade de material e tempo hábil para o desenvolvimento, dia específico para reunir os profissionais da UBS e planejar juntos as ações. (Cravo)

Tal situação demonstra a necessidade de democratizar a gestão, pois dessa forma poderemos atender às reais necessidades da população. É essencial a constituição de canais e espaços que garantam a efetiva participação da população e o controle social sobre a gestão do SUS, pressuposto fundamental para a integração entre a atenção básica e a vigilância à saúde. (VILASBOAS; TEIXEIRA, 2008).

Diante do que foi exposto, observa-se que a maior parte dos profissionais entrevistados sabe e conhece as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde no tocante à Promoção da Saúde, mas tem dificuldades para operacionalizar o modelo de saúde voltado para as demandas sociais em virtude da fragilidade na infra-estrutura das UBS, precariedade de apoio da gestão para as equipes de Saúde da Família, dificuldades para realizar o trabalho coletivo em saúde e predomínio do modelo curativista.

Conclusão

O estudo mostrou a participação efetiva dos enfermeiros nas ações de promoção da saúde, tendo como meta a expansão e qualificação da atenção básica, em especial, da Estratégia Saúde da Família – ESF. Isto reforça o conjunto de prioridades nas políticas de saúde defendidas pelo Ministério da Saúde e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, e demais instâncias colegiadas do SUS.

Esta posição dos enfermeiros tenta superar o modelo exclusivamente biologicista, centrado na doença e na medicalização, fazendo emergir práticas sanitárias democráticas, participativas e dirigidas à territórios não somente delimitados pelo espaço geográfico, pois o mesmo apareceu como elemento primordial para a o desenvolvimento de ações na promoção da saúde.

Referências

ARAÚJO, M. F. S.; OLIVEIRA, F. M. C. **A Atuação do Enfermeiro na Equipe de Saúde da Família e a Satisfação Profissional**. Revista Eletrônica de Ciências Sociais. São Paulo, v. 1, n. 14, p. 03-14, 2009.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia, D; Freitas C.M. (Org). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. **Promoção de Saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.

MACHADO, M. H. **Perfildos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil**. Brasília (DF): Ministério da Saúde. V. 1-8, 2000.

MARCHON, S. G. CUNHA, Z. **Diagnóstico dos problemas que interferem nas ações do PSF do município de Araruama: sugerindo o emporwement como teoria organizacional**. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Rio de Janeiro, v. 4. n. 13, Abr/Jun, 2008.

PEREIRA, A. L. Educação em Saúde. In: FIGUEIREDO, N. M. A. de, **Ensinando a Cuidar em Saúde Pública**. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2005.

SILVEIRA, G. T. Escola Promotora de Saúde: quem sabe faz a hora. [Tese de doutorado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo]. São Paulo, 2000.

VILASBOAS, A. L.; TEIXEIRA, C. F. **Diretrizes para a integração entre atenção básica e vigilância em saúde, 2008**. Disponível em <http://www.conasems.org.br/files/integralidade%20ms.doc>.

PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA (CADEIRANTES) AUTORES:

Maria da Consolação Pitanga de Sousa (Orientadora) Centro Universitário UNINOVAFAPI

Priscyla Queiroz Coelho Ferreira (Apresentadora) Centro Universitário UNINOVAFAPI

Bruno da Silva Zacarias – Centro Universitário UNINOVAFAPI

Islany Ribeiro de Vasconcelos Pitanga – Centro Integrado de Reabilitação de Teresina - PI

Paulo Cesar Cardoso de Sousa – Hospital Universitário do Piauí

Conceição de Maria Vaz Elias – Centro Universitário UNINOVAFAPI

PALAVRAS-CHAVE: Pessoas com Deficiência. Educação Especial. Sexualidade. Saúde Pública. Enfermagem.

Resumo

O estudo teve como objetivo analisar a vivência da sexualidade da pessoa com deficiência física por cadeirantes. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, realizada em um Centro Integrado de Reabilitação com 10 cadeirantes na faixa-etária de 20 a 50 anos, de ambos os sexos. Utilizou-se a técnica de entrevista individual por meio de um roteiro de perguntas semi-estruturado. Posteriormente, foi feita a análise de conteúdo. Os resultados estão apresentados em duas categorias, a saber: as concepções dos cadeirantes sobre a sexualidade e vivência da sexualidade da pessoa com deficiência física. Os cadeirantes apresentaram uma concepção reducionista sobre a sexualidade, a qual está relacionada ao ato sexual em si. Quanto à vivência da sexualidade, evidenciaram-se as dificuldades enfrentadas, a busca da reinvenção de práticas sexuais para reduzir as limitações do corpo e a importância do conhecimento deste para o exercício da sexualidade, os preconceitos por parte da sociedade, sobretudo, a importância da vivência da sexualidade para a reabilitação dos cadeirantes. Conclui-se que é necessário o envolvimento da família no processo de reabilitação, no sentido de compreender a importância da vivência da sexualidade, sobretudo dos profissionais de saúde, especialmente do enfermeiro, para sensibilizar e orientar os cadeirantes e seus familiares sobre a sexualidade no processo de reabilitação.

1 Introdução

Deficiência é definida como perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, temporária ou permanente. Incluem-se nessas a ocorrência de uma anomalia, defeito ou perda de um membro, órgão, tecido ou qualquer outra estrutura do corpo, inclusive das funções mentais (QUINTÃO, 2005).

A deficiência física pode ser congênita ou adquirida, sendo a primeira diagnosticada desde a concepção e a segunda ocorrendo a partir de vários fatores como, acidentes de origem biológica e/ou social. Em alguns casos levam a limitações que prejudicam o convívio social e familiar, acarretando dificuldades no cotidiano, podendo trazer angústia, medo, tristeza, incerteza, exclusão e preconceito.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (PNSPPD) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que cerca de 10% da população mundial é portadora de algum tipo de deficiência: 5% mental, 2% física, 1,5% auditiva, 0,5% visual e 1% de deficiência múltipla. Segundo dados do Ministério da Saúde pessoas com deficiência possuem impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial dificultando assim o convívio com a sociedade, interferindo na igualdade social (BRASIL, 2009a).

De acordo com Censo de 2000, cerca de 14,5% da população brasileira possui alguma deficiência, o que compreende a 24,5 milhões de pessoas. Com relação ao nordeste do Brasil, o Piauí encontra-se em terceiro lugar com 17,63%, estando em segundo o Rio Grande do Norte com 17,64% e em primeiro a Paraíba com 18,76%. A cidade de São Gonçalo do Piauí a 130 quilômetros de Teresina (PI) apresenta a maior taxa de Pessoas com Deficiência Física (PCD) 33,4% do Estado (NERI, 2003).

No que se refere aos direitos relacionados à saúde da pessoa com deficiência (PCD), especificamente os direitos sexuais e reprodutivos como forma de integralidade da atenção à saúde, a PNSPPD estabeleceu diretrizes com o objetivo de promover o acesso e a acessibilidade aos serviços de saúde, buscando a qualidade de vida sexual das pessoas com deficiência, nas ações de promoção, prevenção de agravos, assistência, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2009a).

Quanto à saúde sexual das PCD, especificamente os paraplégicos (cadeirantes), os movimentos e sensibilidade dos membros inferiores estão comprometidos, em virtude da lesão medular, que os tornam insensíveis à estimulação tátil, gerando questões complexas a respeito da vivência da sexualidade, visto que na região genital, não há áreas excitáveis, passíveis de serem erógenas (SILVA, 2007).

No entanto, ressalta-se que a concepção de sexualidade, numa visão holística, vai além da região genital. Esta é concebida a partir da manifestação do desejo e sua representação no estabelecimento de relações que envolvem o afeto, a comunicação, libido, vínculo afetivo entre as pessoas e cuja expressão depende de influências culturais, da sociedade e da família, por meio de ideologias e crenças morais além de envolver a religiosidade e políticas (MAIA, 2010).

Para as pessoas com deficiência, a sexualidade se torna conflituoso, visto que o corpo, embora seja de ordem privada, também se torna público, no sentido de que por meio da sociedade o corpo, mais especificamente a sexualidade está sujeito a normas aprovativas e reprovativas. As pessoas com deficiência, em sua maioria, vivenciam experiências de desaprovação, frustração, dor, tanto no corpo material, como no corpo simbólico (BRASIL, 2009b).

Embora o tema da sexualidade das PCD, seja de extrema importância, especificamente no contexto da saúde, percebe-se que há poucas pesquisas nesta área. Entretanto ressalta-se existência de estudos sobre sexualidade e deficiência, predominantemente relacionados ao desvio e ao comportamento inadequado, ao abuso e à vitimização, a assexualização e aos problemas reprodutivos de mulheres e homens, ancorados no modelo médico da deficiência, em detrimento das discussões sobre a questão do prazer (GESSER, 2010).

A fim de ampliar esta discussão, a pesquisa teve como objetivo analisar a vivência da sexualidade da pessoa com deficiência física por cadeirantes, em tratamento em um centro de reabilitação.

2 Metodologia

A pesquisa possui caráter qualitativo, a qual foram entrevistados 10 pessoas com deficiência física, especificamente os cadeirantes do sexo feminino e masculino, mediante consentimento de participação. Sendo selecionados cadeirantes na faixa-etária de 20 a 50 anos, os quais realizam tratamento em um Centro Integrado de Reabilitação de uma capital no Nordeste do Brasil. A coleta de dados foi realizada por meio da técnica de entrevistas individuais por meio de roteiro semi-estruturado. A análise dos dados se deu por meio da análise de conteúdo, sendo apresentadas pelas categorias: as concepções dos cadeirantes sobre a sexualidade e vivência da sexualidade da pessoa com deficiência física.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas - NOVAFAPI, CAAE nº 0176.0.043.000-1.

3 Resultados e Discussão

As Concepções dos Cadeirantes sobre a Sexualidade

A sexualidade é definida a partir de um enfoque mais amplo e abrangente, a qual se manifesta em todas as fases da vida do ser humano, contrariando assim a concepção vulgar, que tem no coito (genitália) apenas um dos seus aspectos. Entretanto, ressalta-se que pelo fato da sociedade contemporânea possuir raízes fundamentadas na cultura judaico-cristã e na greco-romana, a concepção de sexualidade holística foi negada, em especial entre os povos ligados às tradições judaicas cristãs, a qual a vivência da sexualidade é repressora (VITIELLO, 1997). Essa concepção de sexualidade é revelada nos discursos dos cadeirantes, a qual predomina uma visão reducionista

[...] Hoje pra mim a sexualidade é o sexo [...]

[...] É, o que eu sei, no meu entendimento é o ato sexual entre duas pessoas [...]

Percebe-se a partir dos discursos que a concepção predominante sobre a sexualidade, está relacionada ao ato sexual em si, ou seja, reducionista. A existência da manifestação da sexualidade pode ocorrer em qualquer pessoa, bem como as expressões da sexualidade podem ser múltiplas e variadas tanto para deficientes como para não deficientes (MAIA, 2010).

Vivências da Sexualidade da Pessoa com Deficiência Física (cadeirantes)

Nesta categoria estão relatadas as várias questões que permeiam a vivência da sexualidade da pessoa com deficiência física, especificamente dos cadeirantes. Nos relatos, os cadeirantes expressam as dificuldades, medos, preconceitos dentre outros fatores que estão presentes nos momentos de expressão da sua sexualidade, com enfoque na relação sexual. Ressalta-se ainda que também está relatada a importância do envolvimento da família e dos profissionais da saúde para o processo de reabilitação dos cadeirantes, em torno da questão sexualidade.

No que diz respeito às dificuldades enfrentadas na relação afetiva e sexual, os depoimentos revelam a dificuldade de obtenção do prazer (satisfação sexual), ejaculação e até mesmo a não realização do ato sexual comumente associado à virilidade masculina, presente pela ereção. Portanto os cadeirantes necessitam de ajuda na reconstrução de sua identidade sexual, apontando para a necessidade da elaboração de uma nova imagem corporal, recuperação da auto estima e reconstituição da identidade sexual (SILVA, 2007)

[...] Até que eu tenho ereção, mas eu não tenho sensibilidade, eu não consigo ter, fazer o ato sexual. E aí eu não sei se é por causa disso eu fico mais trancado e não procuro melhorar [...]

No discurso a seguir, percebe-se que a vivência da sexualidade é manifestada de diversas formas e com suas particularidades de acordo com as limitações do corpo, embora em algumas falas a sexualidade está restrita apenas ao ato sexual

[...] Bem eu vivencio de todas as formas possíveis em termo do carinho, em termo do amor, do toque, da sensibilidade né [...] (5º depoente). A importância do conhecimento do corpo se torna importante para que a vivência da sexualidade seja compartilhada de forma efetiva com o companheiro (a), conforme fala da depoente

[...] a gente tem que conhecer o corpo da gente, a gente primeiro tem que conhecer o corpo, pra depois o companheiro vim, porque a gente também tem que ajudar sempre o companheiro, não é só a gente não [...]

Para alguns cadeirantes, a manifestação da sexualidade pode estar prejudicada. A ideia pré-concebida de que o corpo fisicamente limitado será também um corpo sexualmente limitado e que o senso comum tem a concepção de que a manifestação da sexualidade, o prazer, é inexistente para as pessoas com deficiência física (SILVA, 2007). Esta ideia está concebida no discurso

[...] Hoje em dia não vivencio mais a sexualidade mais não. Hoje eu perdi completamente os movimentos. Hoje eu vivo mesmo só da sexualidade mais no pensamento [...]

A sexualidade dos deficientes físicos (cadeirantes) é muitas vezes cercada por preconceitos, tabus e estigmas, que podem ter fortes influências na vida destas pessoas. Os mitos e tabus sexuais estão presentes na família, trabalho e sociedade, são eles uma herança existente na sociedade (Zampieri, 2004). O preconceito existente na sociedade é relatado da seguinte forma

[...] a gente já sofre vários preconceitos, aí já essa aqui a gente quando acontece uma coisa dessa com a gente, a gente pensa que a gente vai ficar impossibilitado e tudo, aí já é um peso pra gente, aí já tem mais o colega, a colega que fica tirando sarro, uma onda, mas claro que eu não vou ter mais uma sexualidade normal como antes, mas eu posso falar que é a diferença é mínima, e o prazer é o mesmo [...]

A reabilitação é um processo dinâmico, orientado para a saúde, que auxilia um indivíduo que está enfermo ou incapacitado para atingir seu maior nível possível de funcionamento físico, mental, espiritual, social e econômico. Para os sujeitos da pesquisa a sexualidade está diretamente ligada à reabilitação

[...] Ela seria pra mim uma faixa de se determinar de 1 a 100, seria 90%, por ser cadeirante ela tem um papel fundamental nessa vida até na maneira da reabilitação porque tendo a sexualidade, ela se torna vamos dizer assim, prazeroso para que se torne uma vida normal, e assim, é se torna realmente 90%. Se não tivesse esses 90% não tivesse esse ato de sexualidade seria complicado, complicado pra reabilitação, eu entendo que seja 90%, é muito importante mesmo na área de quem é cadeirante [...]

O depoimento anteriormente mencionado revela a importância da sexualidade na reabilitação das pessoas com deficiência física. Para que ocorra a reabilitação destes é necessário que haja um plano de cuidados que busque atingir um nível terapêutico que contemple um adequado funcionamento físico, mental, espiritual, social e econômico.

Dentre os cuidados de enfermagem encontra-se a reabilitação, a qual envolve a especialidade e o modelo assistencial que deve possuir caráter essencialmente preventivo e educativo. Neste processo de reabilitação deve ser incluído também a família, visto que esta é importante no processo de reabilitação.

4 Conclusão

Durante a pesquisa percebeu-se que existe um número reduzido de estudos e pesquisas voltadas para a sexualidade das pessoas com deficiência, especificamente os cadeirantes, influenciando assim nas discussões e conhecimentos em torno do tema, que podem contribuir para a vivência da sexualidade de maneira que promoverá um aumento da auto estima e melhoria da qualidade de vida.

Nas entrevistas realizadas percebeu-se a falta de conhecimento sobre o que é a sexualidade e que em alguns discursos fala-se sobre carinho, afeto, compreensão, amor, mas não definindo como sexualidade e com isso desvalorizando fatores que se estimulados irão contribuir com a qualidade de vida das pessoas com deficiência.

Com isso é importante que profissionais de saúde, como enfermeiros, sejam inseridos no processo de reabilitação das pessoas com deficiência, no sentido de conhecer a vivência da sexualidade, a fim de estimular a valorização desta, junto aos cadeirantes como também seus familiares, visto que estudos apresentados revelaram ser a sexualidade um fator importante para a reabilitação.

Referências

BRASIL. Secretaria de Atenção a Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde ⁴³⁶

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos Sexuais e Reprodutivos na Integralidade da atenção à Saúde de pessoas com deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE BANCOS. População com deficiência no Brasil fatos e percepções. 2006. Disponível em: <http://www.febraban.org.br>>. Acesso em: 13 março 2011.

GESSER, M; NUERNBERG, A H; TONELI, M J F. Subversões e permanências nas vivências da sexualidade de mulheres com deficiência física a partir da mediação de um grupo de risco. Fazendo Gênero 9. Diásporas, Diversidades e Deslocamento. Universidade Federal de Santa Catarina, 23 a 26 de agosto de 2010. Disponível em <http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/>. Acesso em: 03 de março 2011.

MAIA, A C B; RIBEIRO, P R M. Desfazendo mitos para minimizar o preconceito sobre a sexualidade de pessoas com deficiências. Rev. bras. educ. espec., Marília, v. 16, n. 2, ago. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 13 mar. 2011.

NERI M et al. Retratos da deficiência no Brasil. Rio de Janeiro: FGV/IBRE, CPS, 2003. Disponível em: http://www.fgv.br/cps/deficiencia_br/PDF_Sumario_Executivo.pdf

QUINTÃO, D T R. Algumas reflexões sobre a pessoa portadora de deficiência e sua relação com o social. *Psicol. Soc.*, Porto Alegre, v. 17, n. 1, abr. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 14 de março de 2011.

SILVA, L C A; ALBERTINI, P. A reinvenção da sexualidade masculina na paraplegia adquirida. Rev. Dep. Psicol., UFF, Niterói, v. 19, n. 1, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 15 mar. 2011

VITIELLO, N. Sexualidade: quem educa o educador: um manual para jovens, pais e educadores. São Paulo: Iglu, 1997

ZAMPIERI, A M F. Erotismo, sexualidade, casamento e infidelidade: sexualidade conjugal e prevenção do HIV e da AIDS. São Paulo: Ágora, 2004.

PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE JOVENS: DISCUTINDO COM ESCOLARES SOBRE HIV/AIDS

Ana Osmarina Quariguasi Magalhães Frota (Apresentadora) – Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA – osma_rina@hotmail.com

Ana Jéssica Silveira Rios – Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Renara Maria Bandeira Vieira Araújo – Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Ianna Oliveira Sousa – Secretaria de Saúde de Sobral-CE

Raimundo Augusto Martins Torres – Universidade Estadual Vale do Ceará- UECE

Maria Adelane Monteiro da Silva – Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Palavras-chave: Adolescente. Saúde Sexual e Reprodutiva. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. HIV.

Resumo

Os objetivos desse estudo consistem em investigar o conhecimento prévio dos jovens escolares sobre HIV/AIDS e desenvolver atividades educativas de promoção da saúde sexual e reprodutiva, utilizando o Método de Paulo Freire (1999) cuja abordagem compreende o Círculo de Cultura. Trata-se de um estudo do tipo pesquisa participante com abordagem qualitativa. Os sujeitos foram os estudantes dos 7º e 8º anos de uma Escola Municipal da cidade de Sobral, CE. As técnicas utilizadas para a coleta de dados foram observação participante,

diário de campo e o Método de Paulo Freire. Na interpretação e análise dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo temática, segundo Minayo (2011). Foram respeitados os aspectos éticos conforme a resolução 466/12 do CNS. Ao se discutir sobre HIV/Aids, verificou-se que o tema não é desconhecido pelos jovens, sendo fator importante para a conscientização da prevenção da doença. Eles reconhecem a importância de uma relação sexual com uso de preservativos para evitar uma possível contaminação por HIV/Aids. Procurou-se mediar as discussões a partir das fragilidades do grupo, abordando aspectos sobre a transmissão, tratamento e sinais e sintomas de uma pessoa com Aids. Percebeu-se o bom conhecimento entre os estudantes, mesmo que ainda persistam mitos, identificados nas indagações realizadas durante as atividades. Discutir o assunto com os jovens foi um passo importante, no entanto, verifica-se que há necessidade de ações educativas contínuas sobre saúde sexual e reprodutiva, pois os mesmos são vulneráveis a mudanças de opiniões e comportamentos.

Introdução

A adolescência é caracterizada pelo desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários até o completo desenvolvimento físico, perpassando um importante ciclo de mudanças nos aspectos biopsicossociais.

É uma fase considerada preocupante em relação à saúde sexual e reprodutiva devido aos riscos vinculados ao exercício da sexualidade, que podem trazer consequências graves, tais como gravidez precoce e indesejada, DST e Aids, podendo levar à interrupção do projeto de vida e interferindo seriamente na formação da personalidade (XIMENES, 2007).

Ao viver intensamente a sua sexualidade o jovem se expõe a riscos devido à falta de informação, de comunicação, tabus ou mesmo pelo fato de ter medo de assumi-la. Com isso o decorrer de sua vida sexual será influenciado pela confiança que se estabelece com os outros colegas de seu convívio, onde, na maioria das vezes, veiculam informações erradas, incompletas e preconceituosas. Dessa forma, é possível identificar a importância e necessidade da abordagem da temática acerca da saúde sexual e reprodutiva com esta população.

Assim, os profissionais de saúde precisam estar inseridos no processo de educação em saúde junto aos jovens, uma vez que não basta apenas identificar os problemas de saúde, mas desenvolver ações para prevenir, reduzir e eliminá-los. Compreende-se a complexidade que envolve o trabalho com esse grupo etário, uma vez que se faz necessário considerar o contexto em que este está inserido e que esse jovem precisa ser ouvido, expor suas ideias e experiências, e, sobretudo ser respeitado e valorizado, a fim de que se possa estabelecer um vínculo efetivo com os mesmos.

A articulação com outros setores nos quais esses jovens estão inseridos são de fundamental importância para facilitar a abordagem e a troca de informações. Desse modo, a escola é considerada espaço crucial para o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades junto aos seus integrantes e comunidade, visando à garantia de mudanças de comportamento, além de congrega por um período importante, crianças e adolescentes numa etapa crítica de crescimento e desenvolvimento (GUBERT, 2009).

A população escolar, destacando-se adolescentes entre 11 e 19 anos, adoece menos que outros grupos etários e, de fato, tem taxas de morbidade e mortalidade mais baixas que da população em geral. No entanto, um olhar mais aprofundado evidencia aumento no número de infecções por DST e HIV, que associados a fatores socioeconômicos e culturais, têm profundas repercussões na qualidade de vida dessa população (CERQUEIRA, 2007).

Desse modo, verifica-se a necessidade de se realizar atividades educativas direcionadas aos jovens, uma vez que essa população está mais sujeita aos agravos de saúde. O apoio de equipamentos sociais, como a escola, é fundamental, pois se trata de local propício para tais atividades, sendo frequentado diariamente por esses sujeitos, configurando também como espaço de aprendizado e construção da cidadania, tendo disponíveis os recursos tecnológicos necessários.

Souza (2010), em seus estudos, refere que para minimizar as implicações negativas da falta de orientação sexual dos jovens, faz-se necessária a propagação da socialização da educação sexual na escola, permitindo o desenvolvimento e o esforço dos valores humanos, de modo a prevenir e promover a saúde desses sujeitos, propiciando o conhecimento de estilos saudáveis de relações sexuais.

Chama a atenção o fato de que, atualmente, os jovens tem mais acesso aos diversos tipos de informações através das ferramentas tecnológicas. Portanto, ao reconhecer a popularidade dessas tecnologias de informação e comunicação, acredita-se que aliar o uso destas tecnologias à educação e a saúde tem levado pensar numa nova atenção, promoção e prevenção de agravos e doenças voltados ao cuidado dos jovens, estimulando na escola a apropriação e disseminação de novos saberes e práticas em saúde no cotidiano entre pares, facilitando, assim, a interlocução e o diálogo entre os jovens e a escola.

Diante do exposto os objetivos desse estudo consistem em investigar o conhecimento prévio dos jovens escolares sobre HIV/AIDS e desenvolver atividades educativas de promoção da saúde sexual e reprodutiva, utilizando o Método de Paulo Freire (1999) cuja abordagem compreende o Círculo de Cultura.

Metodologia

A adolescência é caracterizada pelo desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários até o completo desenvolvimento físico, perpassando um importante ciclo de mudanças nos aspectos biopsicossociais.

É uma fase considerada preocupante em relação à saúde sexual e reprodutiva devido aos riscos vinculados ao exercício da sexualidade, que podem trazer consequências graves, tais como gravidez precoce e indesejada, DST e Aids, podendo levar à interrupção do projeto de vida e interferindo seriamente na formação da personalidade (XIMENES, 2007).

Ao viver intensamente a sua sexualidade o jovem se expõe a riscos devido à falta de informação, de comunicação, tabus ou mesmo pelo fato de ter medo de assumi-la. Com isso o decorrer de sua vida sexual será influenciado pela confiança que se estabelece com os outros colegas de seu convívio, onde, na maioria das vezes, veiculam informações erradas, incompletas e preconceituosas. Dessa forma, é possível identificar a importância e necessidade da abordagem da temática acerca da saúde sexual e reprodutiva com esta população.

Assim, os profissionais de saúde precisam estar inseridos no processo de educação em saúde junto aos jovens, uma vez que não basta apenas identificar os problemas de saúde, mas desenvolver ações para prevenir, reduzir e eliminá-los. Compreende-se a complexidade que envolve o trabalho com esse grupo etário, uma vez que se faz necessário considerar o contexto em que este está inserido e que esse jovem precisa ser ouvido, expor suas ideias e experiências, e, sobretudo ser respeitado e valorizado, a fim de que se possa estabelecer um vínculo efetivo com os mesmos.

A articulação com outros setores nos quais esses jovens estão inseridos são de fundamental importância para facilitar a abordagem e a troca de informações. Desse modo, a escola é considerada espaço crucial para o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades junto aos seus integrantes e comunidade, visando à garantia de mudanças de comportamento, além de congrega por um período importante, crianças e adolescentes numa etapa crítica de crescimento e desenvolvimento (GUBERT, 2009).

A população escolar, destacando-se adolescentes entre 11 e 19 anos, adoece menos que outros grupos etários e, de fato, tem taxas de morbidade e mortalidade mais baixas que da população em geral. No entanto, um olhar mais aprofundado evidencia aumento no número de infecções por DST e HIV, que associados a fatores socioeconômicos e culturais, têm profundas repercussões na qualidade de vida dessa população (CERQUEIRA, 2007).

Desse modo, verifica-se a necessidade de se realizar atividades educativas direcionadas aos jovens, uma vez que essa população está mais sujeita aos agravos de saúde. O apoio de equipamentos sociais, como a escola, é fundamental, pois se trata de local propício para tais atividades, sendo frequentado diariamente por esses sujeitos, configurando também como espaço de aprendizado e construção da cidadania, tendo disponíveis os recursos tecnológicos necessários.

Souza (2010), em seus estudos, refere que para minimizar as implicações negativas da falta de orientação sexual dos jovens, faz-se necessária a propagação da socialização da educação sexual na escola, permitindo o desenvolvimento e o esforço dos valores humanos, de modo a prevenir e promover a saúde desses sujeitos, propiciando o conhecimento de estilos saudáveis de relações sexuais.

Chama a atenção o fato de que, atualmente, os jovens tem mais acesso aos diversos tipos de informações através das ferramentas tecnológicas. Portanto, ao reconhecer a popularidade dessas tecnologias de informação e comunicação, acredita-se que aliar o uso destas tecnologias à educação e a saúde tem levado pensar numa nova atenção, promoção e prevenção de agravos e doenças voltados ao cuidado dos jovens, estimulando na escola a apropriação e disseminação de novos saberes e práticas em saúde no cotidiano entre pares, facilitando, assim, a interlocução e o diálogo entre os jovens e a escola.

Diante do exposto os objetivos desse estudo consistem em investigar o conhecimento prévio dos jovens escolares sobre HIV/AIDS e desenvolver atividades educativas de promoção da saúde sexual e reprodutiva, utilizando o Método de Paulo Freire (1999) cuja abordagem compreende o Círculo de Cultura.

Resultados e Discussão

A abordagem em grupo com os jovens constituiu uma forma privilegiada de facilitar a expressão de seus sentimentos, a troca de informações e experiências. Todos os participantes encontravam-se devidamente matriculados nos 7º e 8º anos da escola, o que facilitou a organização do grupo.

A faixa etária compreendeu dos 11 a 14 anos, sendo a maioria de 12 e 13 anos. As meninas estavam em maior número. O grupo apresentava uma rotatividade de participantes, por se tratar de uma atividade extracurricular, na qual não tinha uma obrigatoriedade de frequência dos alunos, eles participavam devido o interesse e disponibilidade, não havendo dessa forma um número fixo de sujeitos. A média a cada encontro era de nove a doze estudantes.

A utilização do Método de Paulo Freire aconteceu considerando as adaptações pelas especificidades e dinâmica do grupo. Assim, iniciaram-se os momentos com os jovens seguindo as etapas de: acolhimento através de dinâmicas, problematização do tema e finalizando com avaliação do aprendizado a partir das discussões finais.

Após os momentos de discussão no grupo, os jovens participam das transmissões de um programa transmitido via internet, no qual são promovidas discussões de assuntos relativos à educação em saúde.

Assim, as atividades realizadas na escola semanalmente articulam esses momentos de educação e saúde ao uso dessa tecnologia, no qual são discutidas temáticas relacionadas à saúde e os adolescentes podem participar desse programa enviando perguntas através de um bate-papo.

Antes do início das atividades, pelo fato do grupo apresentar uma rotatividade de participantes, pedimos que eles, principalmente os ingressantes, se apresentassem falando o nome, idade e a série, os pesquisadores também se apresentavam.

Em seguida, para dar início as atividades tomando como base os aspectos norteadores do Círculo de Cultura de Paulo Freire, foram realizadas dinâmicas relacionadas ao conteúdo abordado, com o intuito de apreender algo sobre o conhecimento deles quanto ao assunto a ser discutido.

As dinâmicas foram diversas, porém é válido ressaltar a dinâmica denominada camisinha como balão, pois suscitou maior discussão no grupo, além de proporcionar uma reflexão a respeito do uso correto do preservativo. A dinâmica aconteceu da seguinte maneira: em duplas, uma pessoa da dupla recebeu uma camisinha, a outra pessoa estava com os dedos juntos para que a camisinha fosse colocada. Depois de colocada a camisinha eles tinham que retirar e fazer um balão.

No desenvolvimento da atividade, a maioria colocou o preservativo da maneira correta, porém muitos não souberam abrir a embalagem conforme as instruções. E alguns demonstraram receio em pegar no preservativo.

No momento de encher o preservativo, três alunos falaram que sempre usam a camisinha como balão, quando recebem alguma. Os comentários foram:

“É correto fazer para brincar.” (A1)

“A camisinha é para fazer sexo.” (A3)

Nos momentos seguintes, eram realizadas discussões conforme a necessidade de aprendizagem percebida, utilizando estratégias que instigasse o diálogo e participação dos escolares, como estudos de casos, discussão a partir de imagens e vídeos, demonstração do uso correto de preservativo e também da realização do teste rápido para HIV/Aids.

Ao se discutir sobre HIV/Aids, verificou-se que o tema não é desconhecido pelos jovens, sendo fator importante para a conscientização da prevenção da doença, mas que precisa ser aprofundado, como se percebe nas falas:

“HIV é uma DST.” (A5)

“É assim, estou com vergonha de falar. Eu já ouvi uma história de um menino e uma menina e ela quem tinha Aids aí eles se cruzaram e ela passou para ele.” (A11)

Os alunos reconhecem a importância de uma relação sexual com uso de preservativos para evitar uma possível contaminação por HIV/Aids, como é demonstrado na fala: *“A Aids é uma doença transmitida pelo sexo, para não pegar a gente usa camisinha.” (A9).*

O conhecimento sobre os métodos contraceptivos e a reflexão dos jovens em relação aos riscos advindos de relações sexuais desprotegidas é fundamental para que eles possam vivenciar o sexo de maneira segura, assegurando a prevenção da gravidez não planejada e das DST/Aids (VIEIRA, 2007).

Procurou-se mediar as discussões a partir das fragilidades do grupo, abordando aspectos sobre a transmissão, tratamento e sinais e sintomas de uma pessoa com Aids.

A realização do Círculo de Cultura favoreceu a discussão dos assuntos de maneira mais dinâmica, de modo que instigasse a participação dos jovens, possibilitando a construção do conhecimento juntamente com os sujeitos, nos aproximando também do universo em que vivem fortalecendo o vínculo entre pesquisadores e pesquisados.

Ao final das atividades era realizada uma avaliação do aprendizado utilizando-se também de estratégias dinâmicas. Percebeu-se o bom conhecimento entre os estudantes, mesmo que ainda persistam mitos, identificados nas indagações realizadas durante as atividades.

O Círculo de Cultura tem bastante alinhamento com a proposta, pois se acredita que o trabalho com jovens deve ser dialógico e construtivista para alcançar seu pleno êxito. Assim, o Círculo de Cultura é um lugar onde todos têm a palavra, onde todos lêem e escrevem o mundo. É um espaço de trabalho, pesquisa, exposição de práticas, dinâmicas, vivências que possibilitam a elaboração coletiva do conhecimento (FREIRE, 1999).

Em se tratando de Aids, todas as iniciativas no sentido de estimular a discussão e conscientização dos indivíduos a respeito de sua prevenção merecem ser apoiadas, mas é necessário avaliar a efetividade das mesmas. Desta forma, é imprescindível que os cuidadores, seja na área da saúde, bem como na da educação, estejam comprometidos com conhecimentos científicos, éticos e culturais, para o desenvolvimento de ações eficazes na educação preventiva (CARDOSO DE PAULA, 2013).

Assim, os profissionais da saúde capacitados para assistir o indivíduo em todas as etapas da vida, necessitam desenvolver ações de promoção educativas com os jovens escolares em relação às sexualidades e a saúde reprodutiva, assim como participar em programas voltados para a saúde do adolescente e sua família os quais devem atender as reais necessidades de ambos (BRUZAMARELLO, 2010).

Conclusão

O trabalho junto aos jovens é uma atividade desafiadora pelas características que lhes são comuns durante essa fase do desenvolvimento e ainda por estarem inseridos em um contexto sociocultural que influenciam em seus comportamentos e sentimentos. Desse modo, constituem um grupo que precisa de um olhar mais apurado, pela exposição aos riscos e agravos, como a descoberta da sexualidade que cada vez mais está sendo vivenciada precocemente, o que viabiliza a necessidade de estratégias de educação em saúde para orientar esses sujeitos.

Discutir o assunto com os jovens foi um passo importante, pois a partir de seus discursos se percebeu que as necessidades de aprendizagem dos mesmos foram suprimidas, justificado em suas falas e questionamentos durante o processo. O uso do Círculo de Cultura os estimulou ao diálogo, a busca de novos conhecimentos e a interagir mais com o próximo.

No entanto, verifica-se que há necessidade de ações educativas contínuas sobre saúde sexual e reprodutiva, pois os mesmos são vulneráveis a mudanças de opiniões e comportamentos. Em vista disso, observa-se a importância de desenvolvimento de atividades educativas pelos profissionais da saúde, de modo que os jovens consigam vivenciar esta dimensão humana com qualidade e segurança.

Referências

- BRANDÃO C.R. O que é método Paulo Freire. 7a ed. São Paulo: Brasiliense; 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde (BR). Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução N. 466 de 12 de dezembro de 2012- CNS. Brasília, DF, 2012.
- BRUZAMARELLO, B. Educação sexual de adolescentes na escola: um olhar sobre o cenário brasileiro [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.
- CARDOSO DE PAULA, C. et al. Vulnerabilidade à infecção pelo HIV no adolescer: educação em saúde mediada pela metodologia da problematização. Adolesc. Saude, Rio de Janeiro, v. 1 Adolescência & Saúde 0, n. 1, p. 63-67, jan/mar 2013.
- CERQUEIRA M.T.A Construção da Rede Latino Americana de Escolas Promotoras de Saúde. In: Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana de Saúde. Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil. Série Promoção da Saúde; nº 6. 1st ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
- FREIRE P. Criando métodos de pesquisa alternativa: aprendendo a fazê-la melhor através da ação. In: Brandão CR, organizador. Pesquisa participante. São Paulo: Brasiliense; 1999. p. 34-41.
- GUBERT F.A; SANTOS A.C.L; ARAGÃO K.A; PEREIRA D.C.R; VIEIRA N.F.C; PINHEIRO P.N.C. Tecnologias educativas no contexto escolar: estratégia de educação em saúde em escola pública de Fortaleza-CE. Rev. Eletr. Enf.[Internet]. 2009;11(1):165-72. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a21.htm>.
- MINAYO, M.C.S; DESLANDES S.F; GOMES R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 30 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.
- SOUZA, T.N. Educação sexual no currículo escolar: um estudo da temática no desenvolvimento consciente da saúde do adolescente. Brasília, 2010. Monografia, Universidade de Brasília – UnB.
- VIEIRA M.L; SAES S.O; DÓRIA A.A.B; GOLDBERG T.B.L. Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. RevBras Saúde Mater Infant. 2007;6(1):135-40.
- XIMENES NETO F.R.G.; DIAS M.S.A.; ROCHA, J.C.C. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. RevBrasEnferm, 60 (3): 279-85. 2007.

PROMOÇÃO DA SAÚDE VOLTADA PARA PACIENTES PORTADORAS DE DIABETES NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

Anna Paula Sousa da Silva. Universidade Federal do Ceará. Email: annapaula_ufc@yahoo.com.br

Raquel dos Santos Silva. Faculdades Nordeste.

Isabella Lima Barbosa. Universidade de Fortaleza

Francisco Roberto Guedes Pinheiro Barbosa. Prefeitura Municipal de Fortaleza.

Ana Fátima Carvalho Fernandes. Universidade Federal do Ceará

Palavras-chave: Neoplasias da mama. Promoção da Saúde. Detecção Precoce.

Resumo

Objetivou-se neste estudo otimizar os Cuidados de Enfermagem através da elaboração de um instrumento que proporcione um melhor planejamento e direcionamento do cuidado para a promoção da saúde em mulheres portadoras de diabetes gestacional. O Diabetes Mellitus (DM) é uma Síndrome de múltiplas causas, que se desenvolve devido à falta de insulina e/ou da incompetência da insulina de realizar adequadamente seus efeitos. É caracterizado por hiperglicemia crônica, frequentemente associada à dislipidemia, hipertensão arterial e alteração do endotélio. Dessa forma, neste trabalho, para a construção dos Diagnósticos de Enfermagem serão considerados os problemas: Falta de conhecimento em relação à patologia; Estresse causado pela internação; Dificuldade na aceitação ao tratamento; Dificuldade na aceitação da dieta; Picos hiperglicêmicos; Episódios de Hipoglicemia; Maior risco de desenvolverem infecção do trato urinário; Rotura prematura das membranas ovulares; Maior prevalência de parto prematuro; Maior dificuldade na cicatrização do sítio cirúrgico; Maior prevalência de infecção de sítio cirúrgico; Edema em membros inferiores; Tonturas; Sonolências; Ansiedade devido ao grande período de hospitalização; Familiares não cooperativos; Lipodistrofia;

Introdução

A gestação, quando desejada, é considerada um momento único na vida da mulher, mas em alguns casos, devido a situações de alto risco gestacional torna-se um período de sofrimento e apreensão. Entre as situações de alto risco podemos citar o desenvolvimento da Diabetes na gestação, o que causa grande impacto emocional, stress, medo e ansiedade (CORREIA; MEDINA, 2013). No Brasil, estima-se que existam cinco milhões de diabéticos, sendo considerado uma pandemia que impacta a sociedade e todos os serviços de saúde. Representa um dos problemas de saúde mais importantes, levando em conta a quantidade de pessoas diagnosticadas e suas consequências como também os custos gerados pelo seu controle e tratamento (BRASIL, 2011). O Diabetes pode ser classificado em quatro Síndromes: tipo 1, tipo 2, o diabetes gestacional e síndromes hiperglicêmicas causadas por outras situações específicas, como defeitos genéticos, insuficiência pancreática ou devido ao uso de drogas como corticosteroides, antirretrovirais e imunossupressores (MARQUEZINE, 2013). No entanto, o Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é definido como a intolerância aos carboidratos, sendo diagnosticada pela primeira vez no período gestacional, podendo ou não permanecer após o parto (BRASIL, 2011). A prevalência de DMG no Brasil entre as mulheres com mais de 20 anos de idade atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é de 7,6%, desses, 94% apresenta somente diminuição da tolerância à glicose e o restante (6%), hiperglicemia no nível de diabetes fora da gravidez (BRASIL, 2011). Sabe-se que existem comprovadamente vários fatores de risco para o desenvolvimento do DMG e que estes devem ser investigados em todas as gestantes a fim de se obter o diagnóstico o mais precoce possível. De acordo com Pires (2012), atualmente ainda existem controvérsias a respeito da forma de rastreamento e diagnóstico do DMG. Essa falta de padronização dificulta a melhoria das formas de tratamento e prevenção de futuras complicações. O tratamento dado à gestante diabética consiste nos cuidados com a dieta, exercício físico, medicações utilizadas e monitoramento metabólico (FREITAS, 2011). Dessa forma, durante a hospitalização, é necessária uma atenção especial para essas mulheres, principalmente pela equipe de Enfermagem que correspondem aos profissionais que mais estão em contato com a paciente e consequentemente buscam atender as necessidades físicas e informacionais do momento. Soares (2011) ressalta que o cuidado de pessoas com Diabetes não se restringe a apenas em tratar uma doença crônica e seus sintomas, mas sim dar um melhor direcionamento sobre a patologia compreendendo seu significado, o percurso terapêutico a ser seguido para a manutenção da saúde considerando o meio em que estas pessoas estão inseridas, suas crenças, aspirações, cultura, estimulando a sua participação ativa neste processo. Nesse contexto, destaca-se a importância do papel do Enfermeiro no acompanhamento a paciente diabética, pois este profissional, devido aos seus conhecimentos técnico-científicos possui competência para orientar e esclarecer as principais dúvidas e questionamentos que as pacientes possam ter a respeito da doença, visando melhor adesão à conduta terapêutica.

Metodologia

Foi realizado um estudo metodológico com abordagem quali-quantitativa. De acordo com Moresi (2010), a pesquisa metodológica refere-se a um estudo relativo à elaboração de um instrumento de captação da realidade. Está associada a caminhos, formas, maneiras, procedimentos para atingir determinado fim. É uma pesquisa aplicada, pois existe a necessidade de resolver um problema concreto. A pesquisa foi realizada na internação obstétrica de um hospital de nível terciário da rede pública de Fortaleza-CE. A escolha pelo local justificou-se devido ao serviço de obstetrícia da instituição ser referência em admitir gestantes consideradas de alto risco gestacional contemplando, portanto, maior probabilidade em receber as pacientes diabéticas. Além disso, ainda não existe implantado na unidade um instrumento de Sistematização da Assistência de Enfermagem direcionado às pacientes diabéticas. A coleta de dados foi realizada em maio de 2014. Para o desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem para pacientes hospitalizadas com diabetes no ciclo gravídico-puerperal, o seguinte questionamento foi realizado: Quais Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem são mais apropriados como subsídio para a elaboração desta SAE? A análise dos dados foi realizada através da leitura dos artigos disponibilizados na íntegra e das outras fontes de dados. Os problemas reais e potenciais encontrados foram distribuídos em uma tabela com as informações: Problemas reais e potenciais, fonte encontrados, autor e ano de publicação. A partir da literatura selecionada, todos os prováveis problemas de saúde reais e potenciais obtidos foram organizados em um questionário tipo "check-list" que foi aplicado com Enfermeiros, com amostragem descrita logo abaixo, a fim de se confirmar se os problemas de saúde reais e potenciais encontrados na literatura também faziam-se presentes na prática clínica. No questionário, foi disponibilizado um espaço para que os profissionais acrescentassem e descrevessem os possíveis problemas de saúde que não estivessem citados mas que são encontrados na prática clínica. Para essa etapa ser desenvolvida foi necessária a participação de Enfermeiros atuantes na internação obstétrica do referido local de pesquisa. A população total desta unidade é composta por 17 Enfermeiros, destes, a amostra selecionada foi de 12 enfermeiros, considerando os critérios: atuação na assistência do setor por no mínimo 1 ano e a participação na pesquisa como voluntários. A pesquisa obedeceu aos critérios estabelecidos pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde

(CNS/MS), que faz referência aos Aspectos Éticos Legais em Pesquisa envolvendo seres humanos e foi submetida à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza com o parecer de número 644.931.

Resultados e Discussão

A partir da confirmação dos problemas reais e potenciais que estavam presentes na prática clínica foi possível elencar os Diagnósticos de Enfermagem de acordo com a NANDA 2012/2014. Os diagnósticos de enfermagem da NANDA são considerados úteis para a realização das atividades práticas e clínicas dos enfermeiros e contribuem para viabilizar a Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE), uma vez que permitem a identificação desses problemas reais ou potenciais do cliente, visando ao restabelecimento e à promoção da saúde. Ressalta-se que os Diagnósticos de Enfermagem estão sempre direcionados para as respostas do indivíduo, família ou comunidade fornecendo a especialidade do cuidado e qualidade da assistência de Enfermagem. A confirmação da presença na prática clínica dos problemas apresentados pela literatura permitiu que a partir desses fossem ser elencados os Diagnósticos de Enfermagem que fazem referências aos problemas. Dessa forma para a construção dos Diagnósticos de Enfermagem serão considerados os problemas: Falta de conhecimento em relação à patologia; Estresse causado pela internação; Dificuldade na aceitação ao tratamento; Dificuldade na aceitação da dieta; Picos hiperglicêmicos; Episódios de Hipoglicemia; Maior risco de desenvolverem infecção do trato urinário; Rotura prematura das membranas ovulares; Maior prevalência de parto prematuro; Maior dificuldade na cicatrização do sítio cirúrgico; Maior prevalência de infecção de sítio cirúrgico; Edema em membros inferiores; Tonturas; Sonolências; Ansiedade devido ao grande período de hospitalização; Familiares não cooperativos; Lipodistrofia;

Conclusão

Através do estudo foi possível identificar que as pacientes diabéticas necessitam de cuidados especiais e que estes devem ser prestados com qualidade para que não haja repercussões negativas à sua saúde. A maior limitação vivenciada durante a pesquisa foi devido à

escassez de referências bibliográficas que abordassem os problemas reais e potenciais presentes no público. Dessa forma, espera-se que o instrumento elaborado possa colaborar para a melhoria da assistência à saúde prestada no âmbito hospitalar e promoção da saúde no ciclo gravídico puerperal de pacientes portadoras de diabetes.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011.

CORREIA, E; MEDINA, M.L. **Cuidados de Enfermagem à Gestante com Diabetes Gestacional**. 2013. 73f. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura) – Universidade do Mindelo, Mindelo.

FREITAS, F, et al. **Rotinas em obstetrícia**. 6. Ed- Porto Alegre: Artmed, 2011.

MARQUEZINE, G.F. Como diagnosticar e tratar diabetes mellitus. **Rev Bras de Medicina**. Ed: Moreira Jr, 2013.

MORESI, E.A.D, et al. Mapeamento de informações organizacionais: um estudo na Embrapa. **TransInformação**, Campinas, 2010.

PIRES, J.E.C, et al. Atualização do rastreamento e o diagnóstico do diabetes mellitus gestacional. **Revista Thema et Scientia**, 2012.
SOARES, D.A; SADIGURSKY, D; SOARES, I. Competência interpessoal no cuidado de pessoas com diabetes: percepção de enfermeiros. **Rev. Bras. Enferm.**, 2011.

PROMOÇÃO DE ATITUDES SAUDÁVEIS NO ENFRENTAMENTO AO USO DE DROGAS ENTRE ADOLESCENTES: RELATO DE EXPERIÊNCIA

David Johnny Silva Aragão, Acadêmico do Curso de Educação Física da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Monitor Bolsista do PET- Saúde Redes de Atenção/Rede Psicossocial johnny.p.aragao@hotmail.com

Lorena Saraiva Viana, Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA),). Monitora Bolsista do PET- Saúde Redes de Atenção/Rede Psicossocial

Ananda Milena Martins Vasconcelos, Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA),). Monitora Bolsista do PET- Saúde Redes de Atenção/Rede Psicossocial

Sérgio Rodrigues Duarte, Preceptor PET/REDES (Psicossocial), Graduado em Enfermagem. Especialista em Saúde Mental.

Eliany Nazaré Oliveira, Orientadora da Pesquisa, Coordenadora do projeto PET/REDES, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Docente do curso de Enfermagem pela Universidade Estadual vale do Acaraú (UVA)

Palavras-chave: Adolescentes. Drogas. Promoção em Saúde

Resumo

Dentre as estratégias voltadas para a prevenção no uso de drogas entre adolescentes, sabe-se que a escola tem sido, historicamente, um espaço privilegiado visto que cabe à escola o papel de promover e associar a educação cognitiva e emocional, incentivar e desenvolver cidadania e responsabilidade social, bem como garantir que as crianças e adolescentes incorporem no seu cotidiano hábitos de vida saudáveis. Esses hábitos saudáveis, por sua vez, incluem o envolvimento desses jovens em atividades aliadas à prática de atividade física, alimentação saudável, lazer, cultura, artes ou qualquer outra atividade que os mantenham longe do risco de darem o primeiro passo ao uso das drogas (MARTINI, 2008). Nesse ínterim, o trabalho teve por objetivo relatar a experiência dos monitores do Pet Redes/Rede

Psicossocial em vivências nas escolas, direcionadas ao enfrentamento do uso abusivo de drogas entre os adolescentes. Trata-se de um estudo de caráter descritivo com abordagem qualitativa do tipo relato de experiência que descreve aspectos vivenciados pelos monitores bolsistas do PET-Saúde Redes de Atenção/ Rede Psicossocial em ações de promoção em saúde realizadas em escolas municipais e estaduais da cidade de Sobral-Ceará. Diante do estudo, foi possível identificar que os adolescentes já possuíam um amplo conhecimento acerca do uso e consequências das drogas, sendo que eles conseguiram apreender mais informações mediante a exposição dialogada em torno do tema. Acreditamos que as atividades desenvolvidas nas escolas foram essenciais para contribuir e deixar uma semente para que esses jovens se conscientizassem a respeito do uso abusivo dessas substâncias.

Introdução

A OMS (Organização Mundial da Saúde) define a adolescência como o período compreendido entre 10 a 19 anos. Esse referido período da vida é apresentado como uma categoria vinculada à idade, ao desenvolvimento biológico e à capacidade corpórea. Entretanto é na adolescência que ocorrem mudanças subjetivas como as comportamentais, intelectuais e sociais. Tais mudanças, de cunho biológico e psicossocial, acabam por colocar os adolescentes em um grupo vulnerável às diversas influências, que tanto podem contribuir de forma positiva quanto negativa no curso de suas vidas. Nesta fase é comum que o adolescente se afaste da família e procure maior aproximação com um grupo de semelhantes, ou seja, outros adolescentes, mostrando-se muitas vezes mais resistente às orientações, além de vislumbrar a possibilidade de ter poder e controle sobre si mesmo (FILHO, 2007).

Essa reorganização social muitas vezes é objeto de grande preocupação entre pais, educadores e profissionais da saúde, pois, se essa aproximação acontecer com um grupo que esteja experimentando drogas, o adolescente poderá ser pressionado a compartilhar dessa experiência. Nesse sentido, observa-se que a maioria dos adolescentes faz uso de drogas por motivos “sociais”, sendo que estudos apontam como motivos para iniciação do uso das drogas, a busca pelo prazer, a diversão, a experimentação/curiosidade, a valorização social/pertencimento, alívio do tédio, relaxamento, bem como problemas pessoais (RODRIGUEZ, 2008).

Por ter se tornado um problema de saúde pública, o uso de drogas na adolescência requer atenção especializada e uma abordagem integral do adolescente, tendo sempre em vista, o olhar que o adolescente tem de si mesmo, sobre o mundo, além dos conhecimentos e experiências trazidas pelos adolescentes no que concerne às consequências negativas, e muitas vezes trágicas, do uso abusivo de drogas, em decorrência dos problemas causados não apenas aos jovens, como também para o meio em que ele está inserido (REBOUSSIN, 2006).

Nesse caso, a prevenção na fase da adolescência se torna fundamental, tendo como meta diminuir ou evitar problemas causados pelas substâncias antes que elas surjam, oferecendo possibilidades de mudanças efetivas na comunidade ao estimular comportamentos e hábitos saudáveis, tendo sempre em consideração, o envolvimento do adolescente, da família, dos profissionais de saúde e os da educação (MARTINI, 2008).

Um marco no conceito de prevenção foi o estudo de Hawkins (1992) sobre fatores de risco e de proteção para o uso abusivo de álcool e outras drogas em adolescentes. O autor conclui em seus estudos que as intervenções preventivas necessitariam de metas duplas: reduzir o efeito dos fatores de risco e fortalecer os processos protetores, utilizando-se de estratégias voltadas para se criar atividades que favoreçam a socialização, promoção do desenvolvimento das habilidades acadêmicas e sociais dos jovens, promoção de práticas saudáveis, envolvimento em atividades desenvolvidas nas escolas e criação de oportunidades para o envolvimento familiar.

Dentre essas estratégias voltadas para a prevenção no uso de drogas entre adolescentes, sabe-se que a escola tem sido, historicamente, um espaço privilegiado visto que cabe à escola o papel de promover e associar a educação cognitiva e emocional, incentivar e desenvolver cidadania e responsabilidade social, bem como garantir que as crianças e adolescentes incorporem no seu cotidiano hábitos de vida saudáveis. Esses hábitos saudáveis, por sua vez, incluem o envolvimento desses jovens em atividades aliadas à prática de atividade física, alimentação saudável, lazer, cultura, artes ou qualquer outra atividade que os mantenham longe do risco de darem o primeiro passo ao uso das drogas (MARTINI, 2008).

Nesse íterim, o trabalho teve por objetivo relatar a experiência dos monitores do Pet Redes/Rede Psicossocial em vivências nas escolas, direcionadas ao enfrentamento do uso abusivo de drogas entre os adolescentes.

Metodologia

Trata-se de um estudo de caráter descritivo com abordagem qualitativa do tipo relato de experiência que descreve aspectos vivenciados pelos monitores bolsistas do PET-Saúde Redes de Atenção/ Rede Psicossocial em ações de promoção em saúde realizadas em escolas municipais e estaduais da cidade de Sobral.Ceará.

A vivência nas escolas aconteceu durante o mês de agosto de 2014 em sábados alternados. Apesar da realização das ações serem nas dependências das escolas, o foco principal não eram apenas os estudantes, mas também toda a comunidade. A divulgação ocorreu nas escolas durante o período de aula e nos Centros de Saúde da Família dos respectivos bairros em que as escolas estão situadas.

As ações contavam com um grupo de aproximadamente 15 participantes sendo estes na maioria adolescentes com idade entre 12 a 18 anos de idade, alunos das escolas, além de pais de alunos. O tema central discutido foi o uso de drogas, onde os participantes deveriam expressar os seus conhecimentos sobre o tema e ao final construir um material baseado na discussão gerada.

Ao início de cada ação era realizada uma apresentação em que os participantes deveriam se apresentar aos outros, como forma de facilitar a interação entre eles. Após a apresentação, iniciava-se uma discussão sobre o tema “drogas e suas consequências”, onde os participantes deveriam expressar sua opinião de acordo com cada questionamento levantado. Após as discussões, os participantes deveriam construir as páginas de um livro de tecido, baseado nos levantamentos. Para a construção dessas páginas foi disponibilizado alguns materiais como tecidos, tinta guache, pinceis, revistas, jornais, tesouras e cola.

Resultados e Discussão

Ao longo da roda de conversa foram realizados alguns questionamentos, onde os adolescentes relatavam o que já conheciam a respeito dos efeitos nocivos das drogas, bem como traziam experiências vividas pelos mesmo em relação à temática. Nesse caso, foram feitas algumas perguntas tais como: “Por que as pessoas usam drogas?” “Existem prejuízos sociais relacionados ao uso das drogas?”; “O uso de drogas trás consequências para a família? Quais?”; As drogas trazem consequências para a saúde?; “As drogas podem interromper seu futuro?”.

Ao longo dos questionamentos, os adolescentes relataram que as pessoas geralmente começam a utilizar drogas por conta da influência dos amigos ou de outras pessoas mais próximas, inclusive da família.

Ao discutir a respeito desse aspecto, procuramos conscientizá-los acerca da importância de se manterem distantes de pessoas que possam influenciá-los ao uso bem como o desenvolvimento de atitudes saudáveis, tais como a prática de alguma atividade física, envolvimento em atividades desenvolvidas na própria escola,

Ao analisar as respostas apresentadas pelo grupo em relação aos prejuízos sociais ocasionados pelo uso das drogas, pode-se observar que os principais efeitos sociais apontados pelos jovens estavam voltados para o envolvimento em acidentes, brigas familiares, destruição, prisões, violências, até o último estágio, no caso a morte.

Ao serem questionados se as drogas trazem algum prejuízo na família, muitos adolescentes apontaram que vivenciam diariamente brigas familiares ocasionadas pelo uso do álcool por parte do pai, constantes roubos em casa a fim de se manter o vício do crack, prisões por parte de algum familiar usuário, além do desemprego em decorrência do alcoolismo. Em relação aos prejuízos para a saúde, podemos perceber que os adolescentes relataram principalmente prejuízos relacionados ao cérebro e ao fígado.

Em relação ao futuro de quem é usuário de drogas, os adolescentes apontaram que o usuário de drogas não tem perspectiva de futuro visto que suas vidas estão voltadas unicamente para o consumo das drogas. Sendo assim, abandonam a escola, afastam-se dos amigos e da família e possuem dificuldade de encontrar emprego.

Foi um momento muito rico do encontro, pois os integrantes, além de falarem sobre os seus conhecimentos prévios do assunto, relataram acerca de experiências de vida e dos prejuízos que as drogas já causaram em suas famílias e no convívio social.

A fim de identificarmos o que foi apreendido pelos adolescentes ao longo das discussões, realizamos a construção de um livro de tecido. Nesse momento, pode-se perceber que o que ficou mais marcante nos adolescentes estava relacionado aos efeitos sociais ocasionados pelo uso das drogas. Muitos deles retrataram por meio de fotos e desenhos, brigas na família, acidentes de trânsito, prisões, tristeza, solidão, além de imagens relacionadas a morte. Além disso, foi possível identificar que os adolescentes apontaram o esporte, a escolar e a família como estratégias para prevenção ao uso de drogas.

Conclusão

Diante do estudo, foi possível identificar que os adolescentes já possuíam um amplo conhecimento acerca do uso e consequências das drogas, sendo que eles conseguiram apreender mais informações mediante a exposição dialogada em torno do tema. Acreditamos que as atividades desenvolvidas nas escolas foram essenciais para contribuir e deixar uma semente para que esses jovens se conscientizassem a respeito do uso abusivo dessas substâncias.

Em relação à definição de estratégias de prevenção ao uso de drogas entre adolescentes, é preciso considerar a importância de ações educativas, por meio da propagação de informações acerca dos malefícios do uso de drogas, assim como da importância de que todas as pessoas envolvidas nesse processo, seja o adolescente ou a família, tenham oportunidade de refletir sobre seus comportamentos e sobre suas opções de vida, procurando identificar os caminhos para uma vida mais saudável, pautada em práticas saudáveis, que os mantenham longe do uso das drogas.

Referências

FILHO, A.J.D.A, *et al.* O adolescente e as drogas: consequências para a saúde. Esc Anna Nery Rev. Enfermagem 2007 dez; 11 (4): 605.10.

MARTINI JG, FUREGATO ARF. Representações sociais de professores sobre o uso de drogas em uma escola de ensino básico. Rev. Latino-am Enfermagem [Internet]. 2008 maiojun.; [acesso em 2010 jun 1];16(n. espec.):601-6.

Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16nspe/pt_16.pdf

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. La salud de los jóvenes: um reto y uma esperanza. Ginebra (SWT): OMS; 1995.

REBOUSSIN, B.A; SONG, E.Y, SHRESTHA, A; LOHMAN, K.K, WOLFSON, M. A latent class analysis of underage problem drinking: evidence from a community sample of 16-20 year olds. Drug Alcohol Depend. 2006;83(3):199-209.

RODRIGUEZ, VRM. SCHERER, ZAP. Motivação do estudante universitário para o consumo de drogas legais. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2008; 16 (spe): 572-6

Agradecimentos

Agradecemos à colaboração da escola nas ações desenvolvidas, a participação e envolvimento dos jovens e de seus pais ao longo do desenvolvimento das atividades, além da oportunidade proporcionada pelo Pet Redes/Rede Psicossocial em participar desses momentos de conscientização e luta contra o uso de drogas entre jovens e adolescentes do município de Sobral-Ceará.

PROMOÇÃO DE HÁBITOS SAUDÁVEIS PARA OS HIPERTENSOS DE UM GRUPO DE IDOSOS

Layanne Maria Araújo Farias – Universidade Estadual Vale do Acaraú - layaneipu@hotmail.com
Camila Martins de Oliveira – Universidade Estadual Vale do Acaraú
Geane Sales Bezerra – Universidade Estadual Vale do Acaraú
Suênia Évelyn Simplício Teixeira – Universidade Estadual Vale do Acaraú
Emanuella Macêdo Silva – Universidade Estadual Vale do Acaraú
Maria Socorro Carneiro Linhares – Universidade Estadual Vale do Acaraú

Palavras-chave: Hipertensão. Saúde do Idoso. Promoção de saúde.

Resumo

Hipertensão Arterial Sistêmica é um sério problema de saúde pública e um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares. Na população idosa há uma grande incidência de hipertensão, mostrando a necessidade do desenvolvimento ações para promover uma melhor qualidade de vida. Dessa forma inserem-se os grupos de promoção à saúde que se caracterizam como um conjunto de pessoas ligadas por constantes de tempo, espaço e limites de funcionamento, que interagem cooperativamente a fim de realizar a tarefa de promoção da saúde. Objetiva-se com este estudo relatar as ações realizadas para promoção de hábitos saudáveis para hipertensos em um grupo de idosos. Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido durante o mês de junho de 2013, por acadêmicos de enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú, em um grupo de idosos de um Centro de Saúde da Família da cidade de Sobral-CE. A atividade realizada no grupo de idosos se deu da seguinte forma: caminhadas reforçando o importância da atividade física no controle pressórico, dialogamos sobre os principais alimentos a serem consumidos (frutas, verduras, legumes) e os riscos do consumo excessivo de sódio e gorduras. Bem como tiramos as principais dúvidas dos idosos sobre hipertensão. Alguns dos aspectos abordados foram: definição de hipertensão, causas, sintomas e tratamento. Portanto, este estudo demonstra a importância de

buscarmos medidas educativas que influenciem, verdadeiramente, o comportamento dos idosos hipertensos, no sentido de mudanças nos hábitos e estilo de vida para que haja um maior controle dos fatores de risco e da hipertensão arterial.

Introdução

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um sério problema de saúde pública e um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares. É frequentemente assintomática e, desse modo, tem seu diagnóstico e tratamento negligenciado, somando-se a baixa adesão do paciente aos tratamentos prescritos, dificultando o seu controle. (BRASIL, 2011). O envelhecimento fisiológico é definido como um conjunto de alterações que ocorrem no organismo humano que implica em perda progressiva da reserva funcional sem que comprometa as necessidades básicas de manutenção de vida. Constitui-se em um processo natural de todo ser humano, contudo, nesse período, surge um aumento da fragilidade e vulnerabilidade devido à influência dos agravos à saúde e do estilo de vida (JACOB-FILHO *et al.*, 2006). Na população idosa há uma grande incidência de hipertensão, mostrando a necessidade do desenvolvimento ações para promover uma melhor qualidade de vida desse grupo. A Hipertensão Arterial Sistêmica em idosos está associada a um importante aumento nos eventos cardiovasculares, com consequente diminuição da sobrevida e piora na qualidade de vida (MIRANDA *et al.*, 2002). Logo o tratamento, tanto farmacológico quanto não-farmacológico, tem como finalidade prevenir a morbidade e a mortalidade e, como objetivo, a redução lenta e progressiva da pressão arterial para aliviar os sintomas e diminuir as complicações e devem ser empregados, pois ajudam não só a prevenir como controlar os níveis elevados da pressão. Com isso, se faz necessário, algumas modificações no estilo de vida, desde que bem orientadas, especialmente através de uma equipe multidisciplinar, podem obter uma ótima aderência, com a prática de atividade física e um controle na alimentação (SIMONETTI; BATISTA; CARVALHO, 2002). Dessa forma inserem-se os grupos de promoção à saúde que caracterizam-se como um conjunto de pessoas ligadas por constantes de tempo, espaço e limites de funcionamento, que interagem cooperativamente a fim de realizar a tarefa de promoção da saúde (SANTOS *et al.*, 2006). O bem estar proporcionado pela participação do idoso em atividades grupais contribui para que ele vivencie trocas de experiências e propicia conscientização para a importância do autocuidado. Diante da importância do desenvolvimento de ações voltadas promoção de hábitos saudáveis para os portadores de hipertensão e sobre tudo da terceira idade, este estudo objetiva relatar as ações realizadas para promoção de hábitos saudáveis para hipertensos em um grupo de idosos.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido por acadêmicos do curso de enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú, em um grupo de idosos de um Centro de Saúde da Família (CSF), na cidade de Sobral-CE. O município de Sobral, localizado na Zona Norte do sertão Centro-Oeste do estado do Ceará, distando 224 km da capital Fortaleza. Sobral conta com uma área de 2.122 km², representando 1,45% do território do estado do Ceará e com população de 194.626 habitantes, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de Sobral – CE no ano de 2013 (SOBRAL, 2013). Realizado durante o mês de junho de 2013. O grupo ocorre na Estratégia Saúde da Família- ESF do bairro Terrenos Novos, possuindo a participação em média de 20 idosos. Sendo uma das principais metas do Centro de Saúde da Família buscar estimular cada vez mais uma melhor qualidade de vida para a população idosa, através dos exercícios físicos a fim reduzir danos à saúde destes participantes e proporcionar um melhor envelhecimento. Os encontros ocorrem na unidade de forma sistemática e semanal, em dois encontros por semana no turno matutino, com duração de duas a três horas em média. Tem como facilitadores a equipe multiprofissional da unidade, residentes, internos e acadêmicos de educação física e enfermagem. Desta forma a coleta de dados se deu através de roda de conversa e observação do tipo participante. O estudo contempla os princípios bioéticos presentes na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade e sujeitos da pesquisa.

Resultados e Discussão

Inseridos enquanto acadêmicos nas atividades propostas pela grade curricular da Universidade é possível criar vínculos e explorar as possibilidades de promoção da saúde na atenção básica. Desta forma ao conhecer o grupo, podemos contribuir em atividades relacionadas a hipertensão arterial. A atividade realizada no grupo de idosos se deu da seguinte forma: caminhadas reforçando a importância da atividade física no controle pressórico. Segundo Barroso (2008) as atividades físicas supervisionadas podem ser úteis na implementação do tratamento não farmacológico da hipertensão, e que a associação de exercícios aeróbicos com os resistidos e de

flexibilidade também se mostrou segura, apontando assim para mais uma opção na prescrição do exercício ao idoso. Em um segundo momento, após a caminhada realizamos um “café da manhã saudável”, momento este em que dialogamos sobre os principais alimentos a serem consumidos (frutas, verduras, legumes) e os riscos consumo excessivo de sódio e gorduras. A orientação quanto ao consumo da quantidade ideal de sal é extremamente importante, pois a dieta hipersódica pode elevar a pressão arterial, oferecendo riscos à saúde. Todavia, se faz necessário encontrar formas criativas e prazerosas na alimentação, pois o gosto e o bem-estar são importantes para a saúde (TEIXEIRA *et al.*, 2006). Seguimos com uma roda de conversa na qual podemos perceber alguns fatores determinantes da falta de adesão ao tratamento. Destacando-se os fatores relacionados ao tratamento (prescrição de esquemas terapêuticos inadequados, custo); aos serviços de saúde (localização da unidade, burocracia, insuficiência de recursos humanos e materiais, deficiência organizacional); ao profissional de saúde (preparo profissional deficiente; rotatividade de profissionais); ao relacionamento profissional de saúde/paciente (comunicação inadequada e insuficiente, dificuldade de relacionamento, desatenção, indelicadeza), à gravidade da doença e à atitude do paciente frente à doença, seguimento do tratamento prescrito e mudança no estilo de vida, além de crenças inadequadas e desconhecimento das complicações da hipertensão (REINERS *et al.*, 2008). É de fundamental importância o envolvimento dos profissionais de saúde para que aconteçam mudanças no estilo de vida dos hipertensos, através de ações de promoção e prevenção à saúde (GASPERIN, D.; FENSTERSEIFER, 2006). Assim o objetivo do cuidado da pessoa com hipertensão arterial é evitar a morte e as complicações, por meio do controle da pressão arterial, permitindo a melhoria da qualidade de vida. Finalizamos o encontro tirando as principais dúvidas dos idosos sobre hipertensão. Alguns dos aspectos abordados foram: definição de hipertensão, causas, sintomas e tratamento. Portanto, é imprescindível que o sujeito compreenda o processo da doença e participe da mudança do estilo de vida por meio das atividades de educação em saúde. A atitude terapêutica do cuidado procura encorajar o cliente a rever seu estilo de vida, sua percepção e maneiras de se relacionar em seu contexto social, de modo a encontrar recursos e novas maneiras de viver com satisfação. No entanto, é necessário entender que não se trata de um processo fácil e linear, pois requer desejo e motivação para mudança.

Conclusão

Este estudo demonstra a importância de buscarmos medidas educativas que influenciem, verdadeiramente, o comportamento dos idosos hipertensos, no sentido de mudanças nos hábitos e estilo de vida para que haja um maior controle dos fatores de risco e da hipertensão

arterial. Como acadêmicos de enfermagem percebemos que o profissional de enfermagem tem uma importante participação nesse processo, que envolve estilo de vida e cuidado, no sentido de facilitar a mudança de comportamento do sujeito, baseada num modelo de promoção e prevenção em saúde. Assim, ele identifica comportamentos de risco e implementa práticas de cuidados adequadas, uma vez que é o profissional que lida diretamente com o cliente na maior parte do tempo.

Referências

BARROSO, W. K. S. *et al.* Influência da atividade física programada na pressão arterial de idosos hipertensos sob tratamento não-farmacológico. **Rev Assoc Med Bras.** 54(4):328-33, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT).** Brasília; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de saúde. **Resolução 466/12.** Brasília: Ministério da saúde, 2012.

GASPERIN, D.; FENSTERSEIFER, L. M. As modificações no estilo de vida para hipertensos. **Rev Gaúcha Enferm.** 27(3):372-8, 2006.

JACOB-FILHO, W. *et al.* **Atividade Física e Envelhecimento Saudável.** São Paulo: Atheneu, 2006.

MIRANDA, R. D. *et al.* Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. **Revista Bras Hipertens** vol 9(3): julho/setembro de 2002.

REINERS, A. A. O. *et al.* Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciênc Saúde Coletiva.** 13(2):2299-306, 2008.

SANTOS, L. M. *et. al.* Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v. 40, n. 2, p. 346-352, abr. 2006.

SOBRAL. Prefeitura Municipal de Sobral em Dados. Disponível em: **<<http://www.sobral.ce.gov.br/comunicacao/novo2/index.php?pagina=cidade/sobral-em-dados.php>**.2013> Acesso em: 25 de junho de 2014.

SIMONETTI, J. P.; BATISTA, L.; CARVALHO, L. R. Hábitos de Saúde e Fatores de Risco em Pacientes Hipertensos. **Rev Latino-AmEnfermagem,** maio-junho; 10(3):415-22, 2002.

TEIXEIRA, E. R. *et al.* O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde. **Esc Anna Nery R Enferm** dez; 10 (3): 378 – 84, 2006.

Agradecimento

Agradeço a minha orientadora pelos conhecimentos transmitidos, à Universidade Estadual Vale do Acaraú instituição à qual devo a minha formação e por fim as minhas colegas pela contribuição e trabalho em equipe efetuados.

PROMOÇÃO DE SAÚDE A UMA GESTANTE USUÁRIA DE DROGAS E COM SÍFILIS: SISTEMATIZAÇÃO DE CUIDADOS

Ana Caroline Lira Bezerra- Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA); ana.caroline_bezerra@hotmail.com

Rayann Branco dos Santos- Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

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

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

Auxiliadora Elayne Parente Linhares- Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Maria da Conceição Coelho Brito (Orientador) – Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Palavras-chave: Gestação de risco. Promoção da Saúde. Assistência de Enfermagem.

Resumo

O objetivo deste estudo foi desenvolver a assistência de enfermagem a uma gestante usuária de drogas e com diagnóstico de sífilis, com enfoque na teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta. Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa. Foram feitas oito visitas no total, onde foi possível realizar anamnese obstétrica e exame físico. Após estudo destes, foram estabelecidos os diagnósticos de enfermagem da gestante e posteriormente as possíveis intervenções diante das necessidades básicas afetadas com base nos diagnósticos de enfermagem de NANDA 2009-2011 e na Teoria de Wanda Horta. Evidenciou-se um aumento do interesse desta para com seu estado de saúde, com boas perspectivas quanto a uma melhora no seu estado clínico, já que começara a buscar e entender a importância de uma assistência adequada durante a gestação.

Introdução

A gravidez é um evento complexo e uma experiência repleta de sentimentos intensos. É um período de importante reestruturação na vida da mulher e, principalmente, em relação aos papéis que ela exerce, pois passa de filha para mãe, revivendo experiências anteriores de sua infância com as figuras paternas (ABRUZZI, 2011).

Na gestação, o uso de álcool e outras drogas continuam sendo um grande problema de saúde pública, pois a exposição desse público as drogas pode levar ao comprometimento irreversível da integridade do binômio mãe-feto (YAMAGUCHI, et al 2008).

A verdadeira prevalência de drogas ilícitas na gestação é difícil de determinar, porque as gestantes omitem essa informação. Há estatísticas de que 85% das consumidoras de drogas estão em idade fértil, ou seja, entre 15 e 40 anos, e que cerca de 30% são consumidoras antes dos 20 anos, o que demonstra um longo período de risco com a utilização da droga (GONÇALVES, 2009).

As drogas que atingem o feto no início da gestação podem causar aborto espontâneo, defeito congênito evidente ou um defeito permanente, ou até, pode não causar qualquer efeito perceptível (BARBIERI e EMER, 2010).

O crack atravessa rapidamente a barreira placentária sem sofrer metabolização, agindo diretamente nos vasos sanguíneos fetais, ocorrendo vasoconstrição, além de raras, mas possíveis más formações urogenitais, deformidades distais, gastrosquise, defeitos cardiovasculares e do SNC (HOLZTRATTNER, 2010).

Outros problemas ao conceito estão associados ao potencial risco de transmissão de doenças, cuja incidência acaba sendo em usuárias de drogas, como sífilis e HIV. Segundo o Ministério da Saúde, a sífilis é uma doença infecto-contagiosa sistêmica, de evolução crônica, com manifestações cutâneas temporárias, sujeita a períodos de latência. A transmissão da sífilis adquirida é sexual, na quase totalidade dos casos.

A maioria das mulheres infectadas é identificada durante a gestação ou no momento do parto. No entanto, observa-se que entre 38% e 48% delas ainda chegam às maternidades sem resultados de sorologias importantes como, sífilis, toxoplasmose e HIV do pré-natal, necessitando assim de testes rápidos no momento do parto, que podem impedir que as ações preventivas da transmissão vertical sejam realizadas (MAGALHÃES et al, 2011).

A partir de então, este estudo justifica-se na necessidade de promover o desenvolvimento de uma melhor sistematização da assistência de enfermagem ao pré-natal de uma gestante usuária de drogas e portadora de sífilis. Pois se sabe que a ocorrência de sífilis em gestantes evidencia falhas dos serviços de saúde, particularmente da atenção ao pré-natal, sendo o diagnóstico precoce e o tratamento da gestante medidas relativamente simples e bastante eficazes na prevenção da doença. No entanto, a identificação do uso de drogas pelas gestantes é muito difícil pelo fato de que as mesmas omitem essa informação para os profissionais, o que dificulta a realização satisfatória de uma atenção qualificada no pré-natal.

Diante dessa problemática, acredita-se que seja possível o auxílio no processo de enfermagem, considerando todas as possibilidades que possam causar danos à atenção ao pré-natal e aos riscos nas gestantes e recém-nascidos, sendo fundamental a sua utilização na assistência da gestante para nortear a prática de enfermagem e fornecer uma melhoria na construção do padrão da qualidade da atenção do pré-natal.

Metodologia

Trata-se de um Estudo de Caso com abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritivo. O estudo foi realizado em um Centro de Saúde da Família (CSF) da cidade de Sobral Ceará, com uma gestante usuária de drogas e portadora de sífilis, no mês de março de 2013.

Para a coleta dos dados utilizou-se observação da participante, bem como de seus familiares, análise do prontuário, e entrevistas com a paciente, com os profissionais do Centro de Saúde da Família que a acompanham e com a Agente Comunitária de Saúde (ACS).

Foram realizadas oito visitas no total. Aplicou-se uma entrevista semiestruturada de modo que a participante dispusesse de liberdade para responder da forma desejada aos questionamentos que lhes eram expostos. Foi feito também anamnese obstétrica e o exame físico.

Concluída a fase de coleta de informações foi realizada a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), com base nos diagnósticos de enfermagem da NANDA 2009-2011 e nas Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta. Os dados foram apresentados na forma de histórico de Enfermagem e, em uma figura, os diagnósticos de enfermagem, necessidades afetadas e plano de cuidados, além da evolução de enfermagem. Os dados foram analisados e discutidos com base na literatura disponível.

É importante ressaltar que o presente estudo observou os requisitos preconizados pela Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e Discussão

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é um método que possibilita o enfermeiro exercer a arte do cuidar, através de um cuidado integral, planejado e individualizado a cada ser humano. (BARROS & CHIESA, 2007).

Assim, por meio da SAE e da teoria de Wanda Horta que também defende o cuidado sistematizado e busca contribuir com a promoção das necessidades humanas básicas seguiu-se o acompanhamento da gestante usuária de drogas e portadora de sífilis, como será apresentada a seguir:

Histórico de Enfermagem

F.J.H.N, gestante de 23 anos; sem religião; solteira; morena; natural de sobral; uma filha por parto normal, não teve abortos; alfabetizada com ensino médio incompleto; trabalhou em uma empresa calçadista e atualmente está desempregada, vive com a mãe, filha, sobrinha e a irmã; possui renda familiar de dois salários mínimos. Paciente relata ter ficado internada no hospital devido a uma infecção urinária e catapora na infância; ficou internada também por acidente de bicicleta onde quebrou a perna, assim como clavícula devido a uma queda de rede; não tem diabetes e hipertensão; não faz uso de nenhum medicamento; não possui alergia; não apresenta qualquer doença crônica. Não tem cuidados preventivos e relata só ter feito prevenção uma vez na vida; nos seus antecedentes familiares tem mãe hipertensiva, avó diabética e com histórico de hanseníase; não existe caso de gemelaridade; paciente bebe, fuma e usa drogas com frequência; usou drogas na gestação anterior; não pratica exercícios físicos; apresenta alimentação pouco saudável sem horário fixo para refeição; paciente relata não frequentar o posto de saúde por não gostar do atendimento devido à demora na fila de espera e por depender da sua irmã para levá-la até o local, pois ela não pode andar sozinha devido o risco de fugir e não voltar mais para casa; tem o apoio da família, mas omite informações importantes da sua saúde para a mãe e irmã; gestação não planejada e não desejada; parceiros diferentes; na primeira gestação contraiu sífilis, mas fez o tratamento; no começo da gestação sentia náuseas e vômitos; não possui constipação intestinal; sem queixas urinárias; frequentemente sente dor lombar; cefaléia durante três dias; muita sonolência; nervosa e agitada; sem perdas vaginais; sem sangramentos; sem perda de líquido ou corrimento; movimentação fetal ativa; antes da gestação pesava 45kg e ganhou 12kg; às vezes tem falta de ar; nas consultas de puericultura foi solicitado a gestante e a filha, de um ano e meio, o exame de VDRL o qual foi realizado no COAS e obteve resultado positivo para ela e negativo para a filha; paciente mostra-se desinteressada tanto pela sua saúde quanto a da filha e a do filho que espera, não indo buscar o resultado dos seus exames e não se importando em fazer o pré-natal da segunda gestação; foi agendada sua primeira consulta pré-natal no dia 20 de março de 2013. Durante a consulta foi realizado o histórico e o exame clínico (anamnese e exame físico) em que foram colhidas informações necessárias para uma melhor qualidade na

assistência do pré-natal como, história familiar, ginecológica e da gestação atual; data da última menstruação - D.U.M (15 de setembro de 2012); data provável do parto (22 de junho de 2013); peso 57kg; altura 1,61m; idade gestacional: 28 semanas; pressão arterial 120x90mmHg; altura uterina 17cm; foram solicitados exames laboratoriais como ultrassonografia obstétrica, hemograma completo, sumário de urina, glicemia de jejum, VDRL, tipagem sanguínea, fator RH e anti HIV. Ainda durante a primeira consulta foi prescrito ácido fólico de 5 mg e sulfato ferroso. A gestante foi cadastrada no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL). A mesma foi orientada a marcar consulta de rotina com o dentista devido a sua dor no dente e tomar a vacina contra o tétano. A enfermeira encaminhou a gestante para o pré-natal de alto risco, pois era usuária de drogas e portadora de sífilis e solicitou um exame de prevenção para o dia 05 de abril de 2013. Ao exame físico evidenciou-se os seguintes aspectos: encontra-se calma, orientada, verbalizando; couro cabeludo, cabeça e face sem alterações; ausculta pulmonar e cardíaca normais; pele normal; mamas sem presença de nódulos, relativamente aumentadas; abdome globoso; membros inferiores e superiores sem presença de edemas, necessidades fisiológicas normais; alimentação satisfatória. SSVV: Pressão arterial: 110x80mmHg; Frequência respiratória: 21 rpm; Temperatura: 36° C; Batimentos Cardíacos Fetais: 148 b.p.m.

Diagnósticos de Enfermagem/Necessidades Humanas Afetadas/Plano de cuidados

A partir da análise das informações presentes no histórico da paciente foi possível identificar alguns diagnósticos de Enfermagem, segundo a taxonomia II de NANDA 2010 e as necessidades básicas afetadas segundo a teoria de Wanda Horta, conforme a Figura 1:

Diagnóstico de Enfermagem	Necessidades Humanas Afetadas	Plano de cuidados
Manutenção ineficaz à saúde relacionado à falta de interesse expressa em melhorar comportamento de saúde evidenciado por enfrentamento individual ineficaz.	Necessidades Psicossociais: Aprendizagem (educação à saúde)	Proporcionar informações relativas às características da doença, ao tratamento, sua evolução e sobre os recursos disponíveis; Apoiar e estimular a busca por ajuda nos serviços de saúde.
Proteção ineficaz relacionado à agitação evidenciado por abuso de drogas	Necessidades Psicossociais: Aprendizagem (educação à saúde)	Incentivar o interesse nas consultas do posto de saúde, a buscar seus exames solicitados pelos profissionais, buscar informações acerca da sua enfermidade e fazer o tratamento adequadamente. Orientar quanto à disponibilidade dos serviços do sistema de saúde prestados no CSF e aos seus direitos de receber orientações, marcar consultas, receber medicamentos e ter acesso aos recursos disponibilizados no local. Incentivar o abandono do fumo, álcool e drogas, informando sobre os prejuízos que esses poderão causar ao desenvolvimento do feto e a sua saúde de forma integral.

Autonegligência relacionada à higiene pessoal inadequada evidenciado pelo estilo de vida/escolhas	Necessidade Psicobiológica: Cuidado corporal	Orientar sobre a importância da higiene pessoal (corporal e bucal) durante a gestação, quanto à higienização das peças íntimas adequadamente, a fim de minimizar microorganismos.
Conhecimento deficiente relacionado à verbalização do problema evidenciado pela falta de familiaridade com os recursos de informação	Necessidades Psicossociais: Aprendizagem (educação à saúde)	Fornecer explicações sobre as alterações fisiológicas e psicológicas que ocorrem no corpo da mulher no período gestacional, oferecendo um suporte emocional e selecionando métodos e estratégias de ensinios adequados para uma maior percepção das informações. Fornecer vídeos autoexplicativos sobre a importância do pré-natal, técnicas de respiração, as fases do desenvolvimento fetal e orientações para a realização do mobilograma.
Paternidade ou maternidade prejudicada relacionado a relato de frustração evidenciado por gravidez indesejada	Necessidades Psicossociais: Amor	Realizar intervenções para promover a integridade e manutenção familiar; frisar a importância da espera de um filho, do apoio, da proteção e do envolvimento da família nesse momento. Orientar a paciente acerca da segurança, educação, proteção, prevenção e identificação de riscos para o bebê e esclarecer as mudanças que acontecem na vida da paciente, bem como a preparação para o nascimento e os benefícios do estabelecimento do vínculo mãe-filho.
Distúrbios da identidade pessoal relacionado a relato de sentimentos oscilantes acerca de si mesmo evidenciado pelo uso de drogas psicoativas	Necessidades Psicossociais: Comunicação	Incentivar a paciente a ter uma maior segurança na verbalização sobre si mesma e comunicação com os profissionais de saúde; Fornecer ajuda para tentar perceber os pontos fortes e as limitações ao comunicar-se com outras pessoas mais próximas. Incentivar a ter paciência com todas as perguntas, respostas e informações repassadas a ela sem ter inquietação e principalmente na espera do atendimento à saúde.

Evolução de Enfermagem

Observamos que de acordo com o estabelecimento de vínculos com a gestante, bem como a conquista gradual da confiança desta, houve uma maior demonstração de interesse por parte da paciente assistida em aceitar as informações a ela transmitidas.

Isso foi notado a partir do momento em que junto a sua família começou a fazer declarações confidenciais a respeito do uso de drogas e do histórico de doenças sexualmente transmissíveis anteriores e atuais. Além disso, houve um maior interesse por parte da paciente nos assuntos relacionados à gravidez ao assistir aos vídeos selecionados por nós acadêmicos que falavam de forma interativa de como se dava o processo de gravidez, somado a importância do pré-natal para uma gestação saudável.

Após conselhos sobre a importância de ela e da família nos transmitir informações verdadeiras acerca do caso e sobre os malefícios que a mentira ou a omissão de acontecimentos ocasionaria, por impedir possíveis soluções de problemas, notamos que a paciente, bem como seus parentes próximos, passaram a nos contar os reais acontecimentos.

Coube a nós também conseguir os resultados do exame de VDRL que ainda não tinha sido recebido pela paciente, por falta de interesse da própria, e a partir dele foi possível antecipar a data da consulta pré-natal da gestante em questão. Assim, pudemos acompanhar a primeiro parecer da enfermeira sobre o caso e presenciar a solicitação dos exames exigidos durante o período gestacional. Nessa mesma consulta, realizou-se a primeira etapa do tratamento da sífilis, uma vez que o resultado do exame de VDRL havia sido positivo.

Observamos que após a consulta a paciente mostrou-se mais motivada a procurar o serviço de saúde. Além disso, percebemos que ela estava menos agitada e que enfim estava entendendo a importância de um acompanhamento profissional para uma gestação saudável tanto para ela, quanto para o conceito. Percebemos também que houve um interesse dela em relação ao feto, visto que ela nos questionou sobre os valores considerados normais para os batimentos cardíofetais (BCF), além de comunicar que iria começar comprar roupas para o bebê, logo após o exame de ultrassonografia.

Logo, as intervenções expostas à gestante, bem como a assistência de enfermagem realizada se deu de maneira satisfatória, uma vez que houve uma melhoria na forma da paciente analisar sua gestação.

Avaliação de Enfermagem

Durante o decorrer do estudo procurou-se seguir todo um processo de enfermagem planejado, individualizado e humanizado de acordo com as necessidades da gestante. Para isso, a paciente foi avaliada por meio de anamnese e observações que permitiram estabelecer os diagnósticos de enfermagem desta, e sucessivamente as possíveis intervenções diante das necessidades básicas afetadas.

Por meio deste processo estabelecido à gestante usuária de drogas e portadora de sífilis, evidenciou-se um aumento do interesse desta para com seu estado de saúde, com boas perspectivas quanto a uma melhora no seu estado clínico, já que começara a buscar e entender a importância de uma assistência adequada durante a gestação.

Conclusão

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde 450

De acordo com os achados, percebeu-se a importância da implantação de ações referentes à educação em saúde para gestantes, principalmente quando o uso de drogas estiver concomitante nesse período. O uso de drogas durante o período gestacional torna-se um problema de relevante interesse, pois nessa fase da vida da mulher observam-se mudanças importantes na sua estrutura biológica e psíquica, na qual o uso de substâncias ilícitas como o crack podem alterar seriamente sua saúde e consequentemente a do futuro filho. A partir disso, buscou-se implantar ações que visassem suplementar a assistência ofertada pelos serviços de saúde locais, na qual se verificou uma melhor disposição da cliente a procurar os serviços. Além disso, percebemos que a partir das orientações advindas dos acadêmicos explicando a importância da realização do pré-natal, a gestante mostrou-se ser mais orientada quanto à relevância da sua saúde nesse período tão peculiar.

Nesse contexto, vale salientar a importância da formação do vínculo profissional/cliente, quando devido ao bom acolhimento prestado pelos estudantes de enfermagem, verificou-se que a gestante mostrou-se sentir-se mais valorizada e segura, facilitando a coleta dos dados e análise das informações obtidas, norteadas as possíveis intervenções.

A partir da conclusão desse estudo, verificou-se uma grande conquista para os acadêmicos de enfermagem que realizaram essa pesquisa, pois com seriedade e compromisso com seus papéis de asseguradores do bem-estar físico, mental, social e espiritual, estes conseguiram mostrar a importância da vida.

Referências

- ABRUZZI JC. A experiência da gestação na perspectiva de gestantes usuárias de crack internadas em uma unidade psiquiátrica de um hospital geral. Universidade Federal do Rio grande do sul, 2011. Disponível em <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/35957/000816488.pdf?sequence=1>. Acessado em 18 de março de 2013.
- BARBIERI MF, EMER S. Análise do uso de drogas antes e durante a gestação. Farroupilha, 2010. Disponível em http://www.upplay.com.br/restrito/nepso2010/pdf/artigos/farroupilha/Artigo_Marcia_farroupilha.pdf. Acessado em 19 de março de 2013.
- Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014/ NANDA internacional. Porto Alegre. Artmed, 2013.
- GONÇALVES R. Uso do crack na gestação. 2009. Disponível em <http://www.clicrbs.com.br/anoticia/jsp/default2.jsp?uf=2&local=18&source=a2579283.xml&template=4187.dwt&edition=12708&section=882>. Acessado em 20 de março de 2013.
- HOLZTRATTNER JS. Crack, gestação, parto e puerpério: um estudo bibliográfico sobre a atenção à usuária. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010. Disponível em <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/28040/000768797.pdf?sequence=1>. Acessado em 20 de março de 2013.
- Ligações entre NANDA, NOC e NIC : diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem / Marion Johnson ...[at AL.] ; tradução Regina Machado Garcez. – 2. Ed. – Porto Alegre : Artmed, 2009. 704 p. ; 25 cm.
- MAGALHÃES DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidadematerno-infantil. Com. Ciências Saúde - 22 Sup1:S43-S54, 2011. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/sifilis_gestacao.pdf. Acessado em 20 de março de 2013.
- YAMAGUCHI ET, Cardoso MMSC, Torres MLA, Andrade AG. Drogas de abuso e gravidez. Yamaguchi, E.T. et al. / Rev. Psiqu. Clín 35, supl 1; 44-47, 2008. Disponível em <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol35/s1/pdf/44.pdf>. Acessado em 18 de Março de 2013.

Agradecimentos

À Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) pelo incentivo em levar para fora do âmbito da universidade os conhecimentos até então adquiridos e pela confiança depositada em nós enquanto acadêmicos.

À paciente e sua família que permitiram ser acompanhadas por nós acadêmicos, mesmo com algumas resistências no início.

PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE ACIDENTES NAS ESCOLAS: FORMANDO MULTIPLICADORES DE SABERES

Mayrla de Sousa Coutinho – Universidade Federal de Campina Grande, Email: mayrlaeu98@gmail.com.
Marcelo Italiano Peixoto – Universidade Federal de Campina Grande.
Elizama Leal de Melo Lima – Universidade Federal de Campina Grande.
Fagner Arruda de Lima – Universidade Federal de Campina Grande.
Arthur Bento de Meneses – Universidade Federal de Campina Grande.
Cristina Ruan Ferreira de Araújo – Universidade Federal de Campina Grande.

Palavras-chave:Saúde. Plantas Tóxicas. Prevenção de acidentes. Intoxicações acidentais. Educação em Saúde.

Resumo

INTRODUÇÃO: Os acidentes na infância representam uma importante causa de morbimortalidade no mundo atual. As crianças estão expostas frequentemente às situações de risco, seja pela inadequação do ambiente, desinformação ou negligência dos responsáveis, o que fornece meio propício à ocorrência de injúrias. **OBJETIVO:** Promover, entre discentes do curso de Pedagogia da Universidade Federal de Campina Grande, discussões sobre plantas ornamentais, tóxicas e medicinais, destacando a importância de sensibilizar e educar crianças sobre os riscos relacionados. **METODOLOGIA:** A extensão baseou-se na metodologia da Pesquisa-Ação. Realizada por discentes de Enfermagem, Medicina e Psicologia do grupo PET Conexões de Saberes Fitoterapia. As atividades ocorreram durante 2014. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Um total de 33 alunos participaram da atividade. Destes, 63% não possuíam outra formação e 93% não haviam participado de programas institucionais. Aproximadamente 60% diferenciaram corretamente plantas tóxicas de ornamentais, 57% descreveram “intoxicação” satisfatoriamente, 45% não citaram qualquer planta tóxica e 33% descreveram pelo menos um sinal/sintoma de intoxicação. Quanto à procedência em caso de intoxicação, 69% dos discentes concordaram que deve buscar um hospital imediatamente. Abordagens lúdicas, diferenciação de plantas tóxicas de não tóxicas e exposição de riscos relacionados ao contato com plantas tóxicas são exemplos de estratégias para prevenir acidentes. Comigo-ninguém-pode e Urtiga foram as plantas tóxicas mais citadas. **CONCLUSÃO:** A escola, tem papel fundamental na sensibilização da criança quanto aos riscos de acidentes e os mecanismos de evitá-los. Consolidar saúde e educação é indispensável. Os participantes se tornaram capacitados para popularizar e multiplicar esse conhecimento nos ambientes onde forem inseridos.

Introdução

Os acidentes na infância aparecem como uma importante causa de morbimortalidade no mundo atual, representando um problema de saúde pública. As crianças estão expostas frequentemente às situações de risco, seja pela inadequação do ambiente, desinformação ou negligência dos responsáveis, o que fornece meio propício à ocorrência de injúrias (AMARAL; PAIXÃO, 2007).

A escola é um espaço estratégico para qualquer ação preventiva baseada em educação, pois lá a criança ou jovem passa boa parte do seu tempo diário e encontra-se aberta ao aprendizado. Os profissionais educadores podem atuar, neste ambiente, contribuindo para um cenário que ofereça menos riscos à saúde das crianças (VIEIRA, 2005).

O ambiente escolar, por concentrar crianças da faixa etária de maior risco para intoxicações exógenas, exige maior atenção dos profissionais educadores. Na escola é possível estabelecer estratégias de prevenção, como criar um espaço livre de plantas tóxicas e/ou dominar as informações necessárias para utilizá-las como instrumento de educação continuada em saúde (NEPOMUCENO, 1999).

Diante das vivências nas atividades de extensão desenvolvidas pelo Programa de Educação Tutorial – PET – Conexões de Saberes Fitoterapia, foi observado um déficit no conhecimento sobre plantas tóxicas por alunos e profissionais educadores das escolas municipais onde as atividades extensionista eram realizadas. Verificou-se, então, a relevância do ambiente escolar em atividades de prevenção e promoção em saúde. A escola também possui a responsabilidade de disseminar valores e saberes, tornando-se um local plenamente viável para realização do projeto (QUELHAS, 1996).

O objetivo desta atividade foi promover, entre discentes do curso de Pedagogia da Universidade Federal de Campina Grande, campus de Campina Grande/PB, palestras e discussões sobre plantas ornamentais, tóxicas e medicinais, destacando a importância de sensibilizar e educar crianças sobre o risco de contato com intoxicantes, no intuito de tornar esses futuros professores em multiplicadores de informações com consciência prevencionista, principalmente no ambiente escolar, evitando assim a intoxicação por plantas em crianças.

Metodologia

A atividade foi realizada a partir da metodologia da pesquisa-ação, caracterizada como um tipo de pesquisa social realizada em estreita associação com a resolução de um problema coletivo. Essa metodologia mostra-se eficaz quando aplicada para uma melhor formação profissional, inclusive em projetos de extensões universitárias (VASCONCELOS, 2004).

A pesquisa-ação é considerada uma pesquisa associada a diversas formas de ações com objetivo de transformação. Ela se caracteriza por um distanciamento do modelo tradicional de pesquisa, pois o problema estudado não tem origem em teorias ou na literatura, busca-se na prática a problemática a ser discutida (GRITTEM; MEIER; ZAGONEL, 2008). A pesquisa-ação pode proporcionar inúmeros benefícios para a área da saúde, principalmente através da aproximação dos acadêmicos com o público-alvo, da valorização do conhecimento popular e da formação consciente e crítica do conhecimento (CARVALHO et al., 2010).

Realizada por discentes de Enfermagem, Medicina e Psicologia do grupo PET Conexões de Saberes Fitoterapia (UFCG), as atividades ocorreram durante os meses de Maio/Junho de 2014, sob a supervisão da Tutora PET Professora Dra. Cristina Ruan Ferreira de Araújo, perfazendo um total de 15 horas/aula. O planejamento da pesquisa-ação foi flexível, considerando o diagnóstico situacional e as necessidades do público-alvo (GRITTEM; MEIER; ZAGONEL, 2008).

No decorrer das atividades de extensão foram realizadas revisões bibliográficas a fim de alcançar um maior domínio acerca das temáticas que foram abordadas nas aulas. Esse levantamento bibliográfico foi importante para manter todos os participantes da equipe atualizados sobre as temáticas mensais.

Foi realizada uma avaliação diagnóstica antes da execução do projeto e uma formativa durante todo o processo. Na avaliação diagnóstica os alunos participantes responderam um questionário semiestruturado com questões abertas sobre a temática, a fim de comparar o conhecimento dos estudantes de pedagogia sobre a intoxicação antes e após a intervenção. Já na avaliação formativa, os

alunos responderam, anonimamente, algumas perguntas sobre o desenvolver das capacitações, apresentando os pontos positivos e negativos das mesmas.

As pessoas submetidas à entrevista por meio de questionário e a participação no curso de Capacitação foram esclarecidas a respeito do planejamento da ação, e todo o processo foi realizado de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Este projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) sob o protocolo CAAE 17603313.5.0000.5182.

Resultados e Discussão

No total 33 discentes de Pedagogia, divididos em duas turmas de variados períodos, se matricularam no curso de capacitação intitulado “Prevenção de Acidentes com Plantas no Ambiente Escolar”. Destes, 87% eram mulheres. Esta realidade se reproduz em outros estudos desenvolvidos na área, que mostram que questões de gênero se relacionam à escolha de profissões relacionadas ao cuidado direto (SANTOS, CANEVER; FROTTA, 2011).

A média de idade foi 24,5 anos, mostrando que os discentes que participaram da capacitação são jovens, e, portanto, com grande possibilidade de proveito das informações ofertadas. A maior participação foi do primeiro período (42%) seguido do oitavo (12%). Quanto à formação, 63% dos participantes não possuíam outra profissão, afirmando que dedicam-se exclusivamente à graduação atual.

Quando questionados sobre a participação em programas institucionais de iniciação científica e extensão, a exemplo de PIBIDs, PIBICs, PROBEX, etc., 93% nunca participaram de qualquer atividade além da graduação. Este dado é preocupante, já que é nestes programas que o discente tem a oportunidade de se inserir na realidade de serviço da localidade, contribuindo para uma formação de excelência e a construção de um legado para a sociedade (RESENDE et al, 2013).

Um fato que se mostrou de maneira evidente neste estudo, mas que foge à realidade do país, é que 15% dos entrevistados já haviam trabalhado como profissionais de saúde em algum momento de sua vida. Através dessa informação é possível inferir que estes já possuíam alguma instrução acerca de prevenção de intoxicações exógenas acidentais.

Do total, 60% souberam diferenciar plantas tóxicas de ornamentais, 57% descreveram “intoxicação” de maneira satisfatória, 45% não conheciam nenhuma planta tóxicas e 33% citaram pelo menos um sinal ou sintoma de intoxicação. Vômito, prurido, manchas na pele, diarreia, febre e ardor nos olhos foram os sintomas de intoxicação mais citados.

Quanto à maneira de proceder em caso de intoxicação, 69% dos discentes concordaram que a melhor atitude é levar a criança a um hospital, em busca de atendimento especializado e capacitado. A preocupação com a planta que causou a intoxicação foi manifestada pelos discentes, justificando que dessa maneira o tratamento da intoxicação seria mais efetivo.

Abordagens lúdicas (encenações, jogos, dinâmicas grupais, etc.), participação dos pais, diferenciação de plantas tóxicas de não tóxicas e exposição de riscos relacionados ao contato com plantas tóxicas para as crianças são exemplos de estratégias citadas pelos discentes que poderiam ser usadas para prevenir acidentes na escola.

Comigo-ninguém-pode e Urtiga foram as plantas tóxicas mais citadas como intoxicantes. De fato, ambas são frequentemente encontradas em ambientes abertos ou domiciliares na região, tradicionalmente (re)conhecidas com facilidade pelos que residem em Campina Grande e região (ASSIS, 2009).

Embora a capacitação se voltasse fundamentalmente para a discussão de intoxicação por plantas, um momento a parte se destinou ao debate de situações várias (trauma dentário, hemorragias por traumas, pediculose, entre outras) de outros tipos de acidentes no ambiente escolar e foi abordado, por meio de dinâmicas, as maneiras adequadas para se proceder nestes casos.

Conclusão

A escola constitui-se em espaço ideal para fortalecer a implantação, de “sementes” preventivas em relação aos acidentes com crianças e adolescentes. Embora a maior incidência de acidentes com crianças seja no ambiente doméstico, a escola, por meio dos profissionais educadores, tem papel fundamental na conscientização da criança quanto aos riscos que permeiam o domicílio e os mecanismos de evitá-los.

Assumindo o acidente como um mal endêmico e que requer um plano de ação permanente, entendemos a educação preventiva como fundamental. Sem dúvida, a valorização de um tema tão importante e cujas iniciativas são modestas deve ser realizada e assumida como essencial.

A escola, por meio dos profissionais educadores, tem papel fundamental na sensibilização da criança quanto aos riscos de acidentes e os mecanismos de evitá-los. Consolidar saúde e educação é necessário, pois a inter-relação escola-família requer contínua articulação para que se consiga fortalecer e alcançar propósitos com vistas à construção da cidadania. Os participantes se tornaram capacitados para popularizar e multiplicar esse conhecimento nos ambientes onde forem inseridos.

Referências

AMARAL, J. J. F.; PAIXÃO, A. C. Estratégias de prevenção de acidentes na criança e adolescente. **Rev Pediatr**, n. 8, v. 2, p. 66-72, jul./dez. 2007.

CARVALHO, S. T. *et al.* Interface da Educação e Saúde através da pesquisa-ação. In: III CONGRESSO INTERNACIONAL DE PEDAGOGIA SOCIAL, 3, 2010, São Paulo. **Proceedings online...** Associação Brasileira de Educadores Sociais (ABES)

GRITTEM, L.; MEIER, M. J.; ZAGONEL, I. P. S. Pesquisa-ação: uma alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, Dec. 2008 .

NEPOMUCENO, G. et al. **Prevenção de acidentes domésticos na infância e adolescência.** Associação Brasileira de Engenharia de Produção. ENEGEP, 1999.

RESENDE, J. C. *et al.* Importância da Iniciação Científica e Projetos de Extensão para Graduação de Medicina. **Rev. Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 17, n. 1, p. 11-18, 2013.

SANTOS, A. C; CANEVER, C. F; FROTTA, P. R. de O. A influência do gênero na escolha profissional de pré-vestibulandos: estudo de caso na cidade de Criciúma/SC. **Revista Travessia**, v. 12, n. 1, p. 347-364, 2011.

QUELHAS, O. L. G. **Prevenção de acidentes com crianças e adolescentes: conceito de cidadania prevencionista.** Pós- graduação em Engenharia de Segurança do Trabalho, Universidade Federal Fluminense. Projeto de Extensão: Criança – Meta Educação em Segurança e Meio Ambiente. Rio de Janeiro, 1996.

VASCONCELOS, E. M. Educação Popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, jun. 2004.

VIEIRA, L. J. E. S. et al. O lúdico na prevenção de acidentes de crianças de 4 a 6 anos. **Rev Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 18, n.2, p. 78-84, 2005.

Agradecimentos

Agradecemos à Coordenação do curso de Bacharelado e Licenciatura em Pedagogia da Universidade Federal de Campina Grande pelo espaço disponibilizado nos anos de 2013 e 2014 para o desenvolvimento de atividades extensionistas e educativas com os discentes do curso. Agradecemos ao financiamento do Ministério da Educação, por meio do Programa de Educação Tutorial (PET) Conexões de Saberes. Agradecemos à Tutora PET Professora Dra. Cristina Ruan Ferreira de Araújo pelo apoio e orientação durante a realização de atividades de ensino, pesquisa e extensão desde 2011. Agradecemos, por fim, aos organizadores do V Seminário Internacional de Promoção da Saúde, pelo espaço para socialização de um saber extensionista válido e útil no cenário nacional.

PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO DE CASO EM UMA MATERNIDADE ESCOLA COM BASE NA TÉCNICA DA PB – APOIO.

Suyanne da Silva Sobreira Guedes - Acadêmica do Curso de Psicologia UNIFOR (suyannepsicologia@gmail.com)

Edluce Menezes Moreira - Acadêmica do Curso de Psicologia UNIFOR

Isabela Talita da Silva Fontenele - Acadêmica do Curso de Psicologia UNIFOR

Jéssica Vasconcelos Lira Olivier - Acadêmica do Curso de Psicologia UNIFOR

Laís Duarte Morais 5 - Acadêmica do Curso de Psicologia UNIFOR

Mestre Teresa Cristina Monteiro de Holanda - Psicóloga e Professora Orientadora do Curso de Psicologia UNIFOR

Palavras-chave: Psicologia Hospitalar. Psicoterapia Breve de Apoio. Maternidade da Escola Assis Chateaubriand. Estudo de Caso.

Resumo

O presente trabalho visa relacionar os conteúdos estudados na disciplina de psicologia hospitalar a partir da análise da dinâmica em um hospital Maternidade Escola em Fortaleza/ Ce e de um estudo de caso desenvolvido dentro da técnica da Psicoterapia Breve de Apoio (PBA). As duas visitas de campo e o estudo de caso foi analisado através da observação participante e revisão de literatura e proporcionou às acadêmicas do curso de Psicologia um crescimento pessoal e profissional bem como um contato maior com a realidade vivida pelo o psicólogo no contexto hospitalar.

Percebeu-se que o psicólogo atua como um facilitador das demandas emocionais desse o momento que as grávidas entram na instituição até o período puerperal. E o trabalho junto com as famílias e a equipe pode promover uma acolhida de tranquilidade e segurança para a mãe e o seu bebê.

Introdução

A Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) de Fortaleza, instituição vinculada a Universidade Federal do Ceará (UFC), Inaugurada em 1965, têm sua assistência voltada para a rede de estabelecimentos de saúde vinculada ao SUS, desenvolvendo atividades de média e alta complexidade, na atenção hospitalar e ambulatorial.

A instituição vem se consolidando como hospital de referência na assistência terciária no Estado do Ceará, tem exigido recursos humanos cada vez mais capacitados, além de recursos materiais de alta tecnologia. Sua missão é de promover a formação de recursos humanos em ações de aprendizado (ensino, pesquisa e extensão), buscando a excelência no atendimento humanizado à saúde da mulher e do recém-nascido.

A MEAC possui quatro áreas de atuação: Ensino, Assistência Social, Maternidade e Hospital de Urgência, com o objetivo também de promover o ensino, a pesquisa e a assistência terciária à saúde, atuando de forma integrada e como suporte aos demais níveis de atenção do modelo de saúde vigente. A psicóloga revela “O hospital conta com a urgência e emergência, nós temos as salas de parto e neonatal, comparando que a MEAC seja o IJF da maternidade”.

O setor de psicologia da MEAC teve início na década de 80, vinculado à Universidade Federal do Ceará – UFC. A maternidade atualmente conta com cinco psicólogas, cada uma responsável por um setor, que também caso precise as psicólogas podem intervir nos demais setores. Dentre os setores estão: sala de parto, emergência, UTI-NEO, enfermarias e Projeto Canguru. Uma das psicólogas é responsável diretamente pelo projeto Canguru e pelas unidades de UTI. Segundo a psicóloga “O projeto está funcionando, eles tem reuniões semanais com as gestantes que tá bacana, as mães estão comparecendo bem aos atendimentos individuais” (sic).

“A Psicologia Hospitalar apresenta-se como uma estratégia de atuação da Psicologia na Saúde, como foco específico no hospital geral, trazendo um conjunto de contribuições científicas, educativas e profissionais que as disciplinas psicológicas fornecem no sentido de oferecer uma melhor assistência aos pacientes, visando a sua melhoria de forma integral” (HOLANDA, p. 175, 2012)

A escolha do local e do setor se deu a partir da curiosidade das acadêmicas de psicologia compreender a atuação da psicologia no período grávido-puerperal no contexto de uma maternidade escola.

O tema escolhido serviu para esclarecer várias questões sobre a função da psicologia hospitalar dentro de uma instituição de saúde, especificamente dentro do setor de emergência e sala de parto. O estudo de caso se mostrou importante para o crescimento pessoal e profissional das estudantes uma vez que as visitas práticas orientada pela psicóloga do setor com a temática abordada, pôde proporcionar um contato maior com a realidade vivida de um psicólogo hospitalar.

A atuação da psicologia dentro de uma instituição hospitalar, de acordo com o Conselho Federal de Psicologia (2007), se dá no âmbito secundário e terciário de atenção à saúde. Consta-se que a atuação do psicólogo hospitalar se dá no campo da assistência ao paciente e sua família e à equipe multiprofissional e outros profissionais do hospital além de sua atuação no campo de ensino e pesquisa.

Metodologia

Este estudo de caso foi resultado de uma pesquisa qualitativa por uma visita de campo, com roteiro semiestruturado. Conforme Ludke e Marli (1986):

a) A pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como sua fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento; b) os dados coletados são predominantemente descritivos; c) a preocupação com o processo é muito maior do que com o produto; d) o significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida são focos de atenção especial pelo pesquisador; e e) a análise dos dados tende a seguir um processo indutivo. (LUDKE E MARLI, p.44)

Para a realização do estudo de caso foram feitas duas visitas de campo com duração de duas horas cada, com roteiro semiestruturado. Utilizado como instrumentos do estudo, análises bibliográficas e observação simples da rotina do setor de emergência e sala de parto da Maternidade Escola Assis Chateaubriand - MEAC, na qual tivemos a orientação da psicóloga do setor que nos apresentou os setores da maternidade, informou sobre o funcionamento da instituição, esclareceu dúvidas e explanou sobre um caso atendido, que foi utilizado pelas acadêmicas do curso de psicologia dentro da técnica de intervenção da psicoterapia breve de apoio, que será apresentado no desenvolvimento desse estudo.

A observação participante é um processo em que se visa adquirir conhecimentos sobre determinada situação, para isso, utiliza-se os sentidos, o observador analisa os fatos que ocorrem, fazendo um papel mais de espectador do que de autor. (GIL, 1999). Sendo na pesquisa de campo que tem sua importância, obtendo-se dados e conteúdo para a pesquisa final. Assim, pode ser considerado um método de investigação, pois é a partir dela que se obtêm os dados necessários.

Para fazer a análise do caso utilizou-se a PBA que se trata de uma técnica que caracteriza-se pela utilização de medidas diretas e ativas a fim de ajudar o paciente a melhorar ou desenvolver suas habilidades e suas funções sociais.

Para utiliza a PBA é preciso que o terapeuta, além de dominar as técnicas a serem aplicadas, tenha maior flexibilidade para lançar mão de todos os recursos terapêuticos disponíveis, maior capacidade para aceitar as limitações dos objetivos e, principalmente, estar preparado para lidar com o sofrimento do paciente (GOUVEIA, IN LEMBRUGER, 2000, p.137)

A Psicoterapia Breve – PB, tem como objetivo dentro de um curto espaço de tempo atender o sujeito visando a resolução dos conflitos situacionais, dos sintomas e da psicodinâmica a fim de restabelecer o equilíbrio homeostático. “A técnica de PB tem suas características distintas baseadas numa tríade. Consideramos como aspectos essenciais e característicos do método: atividade, planejamento e foco” (LEMGRUBER, 1984, p. 19)

Resultados e Discussão

Paciente X, 28 anos, casada, profissão de costureira, gestação de sete meses e de risco. Deu entrada na emergência da MEAC no final de Outubro desse ano, 2013, para realizar o pré-natal. Durante o ultrassom o coração de um dos bebês estava com os batimentos abaixo do esperado. Apenas um dos bebês estava conseguindo se desenvolver. Após os exames a equipe de saúde decidiu que X. iria ficar internada na maternidade. A própria paciente solicita atendimento com a psicóloga diz: "Meus bebês morreram, não sei por que estou aqui, se meus bebês morreram" (sic). Até esse momento a equipe de saúde não tinha o diagnóstico comprovado do falecimento dos bebês.

Avaliação Psicodinâmica do caso: Para Simon (1989), uma situação geradora de crise se apresenta quando o sujeito se ver frente a uma situação nova e envolvida por sentimentos de intensa angústia. Segundo o autor, existem dois tipos de crise, a crise por perda onde há uma redução do universo pessoal e a crise por aquisição onde há aumento do universo pessoal. No caso de X, observamos uma crise por perda, devido à redução de seu universo pessoal (a súbita internação causando o afastamento da família, ruptura de seus afazeres

cotidianos, sem contato com marido, incerteza quanto aos projetos de vida com os filhos e principalmente a ameaça de perda e a perda dos dois filhos).

Erikson (1976), fala de crise de desenvolvimento ou evolutiva que está ligada a uma etapa do desenvolvimento da pessoa e pode ser prevista e que uma vez enfrentada a pessoa adquire aptidões adaptativas de enfrentamento para a próxima crise. O referido autor apresenta a crise acidental que não necessariamente é um acidente e sim a ideia do imponderável, que está associado a situações inesperadas que fogem do controle. Compreendemos que X, passa por uma crise acidental, pois a morte dos filhos ainda no útero é algo da ordem do imponderável. No processo de desenvolvimento do ciclo da vida, o natural para uma mulher que engravida, é no final da gestação ver os filhos vivos e saudáveis. Notamos tão grande a dor, angústia e desespero por causa da notícia da morte dos filhos.

Devido à situação vivencial a própria paciente solicita atendimento com a psicóloga por conta da morte de seus bebês. (SIC). Bowlby (2004), em sua Teoria do Apego ao analisar o comportamento humano e seus aspectos psicológicos e biológicos nos fala dos estabelecimentos dos vínculos afetivos. Segundo o autor “o vínculo com a figura de apego é tão importante e necessário para a sobrevivência quanto a alimento”, e continua, “quando enlutada pela perda de um filho, a mãe vivencia a morte de uma parte de si, partindo da concepção de que esse vínculo é uma via de mão dupla e compreendendo que esse filho é uma extensão sua, não só biológica, mas também psicológica, pois ele carregava seus sonhos, seus planos e inclusive seus temores”.

Nesse caso sendo uma crise por perda nota-se que os sentimentos predominantes de X são a depressão e a culpa e observa-se isso na fala dela quando diz, “não sei porque estou aqui, meus bebês morreram”. Expressa a culpa dizendo, subliminarmente, se eles morreram porque não morri também? Outro momento enfático depois da confirmação do diagnóstico, a equipe de saúde propôs a X, de induzir um parto normal para a retirada dos bebês. É quando a paciente pede para não passar pela dor do parto, já que os filhos não estão vivos e, se submete a uma cirurgia cesariana. A paciente diz para a psicóloga e toda a equipe “Eu não vou passar por dor para não ter filho”. Pegando na barriga diz “Eu estou me sentindo um cemitério ambulante” (sic). O manejo da crise é de prevenção passiva, pois a crise já está instalada, o fato consumado, o manejo é para o mundo interno no sentido dela aceitar a perda, reinteressar-se pelo universo pessoal, lidar com os sentimentos de depressão e culpa para evitar os riscos de autoagressão e projeção de culpa.

Planejamento Terapêutico (hipotético) para o Caso, segundo a técnica da Psicoterapia breve-focal de apoio:

Situação Problema: Enfrentar a vida após a perda dos gêmeos

Foco: Óbito fetal

Pontos de Urgência: Tristeza e desilusão; angustia, Baixa autoestima; Sentimento de culpa;

Estratégias a serem utilizadas:

- Fortalecimento da aliança terapêutica estabelecendo um vínculo de confiança com X, apesar da mesma ter solicitado o atendimento psicológico é de suma importância essa troca de relação para um bom convívio entre paciente-terapeuta.
- Promoção de um espaço acolhedor, para que X se sinta amparada mesmo diante desses percalços que a vida os coloca inesperadamente.
- Restauração da autoestima para que ela se sinta confiante em si e supere a perda dos filhos.
- Reforço de mecanismos adaptativos positivos para que X possa vivenciar melhor o que está passando, no sentido de evitar os sentimentos de culpa visíveis na sua fala.
- Promoção do crescimento emocional estimulando a superação da crise enlutada vivenciada nessa nova etapa de vida.
- Promoção do reinteresse pelo universo pessoal diante dessa crise por perda, que aceite o momento atual e que venha a lidar com os sentimentos predominantes, evitando possíveis riscos.

Intervenções verbais utilizadas:

- Interrogar sobre a história de vida da cliente, para obter mais informações relacionados ao foco do trabalho;
- Promoção de livre expressão, explicando para X que o espaço terapêutico é dela, e que estou disponível para ouvi-la sobre o que queira falar, com garantia de sigilo;
- Afastamento de possíveis pressões ambientais, seja emocionais, julgadoras, culpa, pena, etc., evitando que X tenha contato com pessoas que os deixa com sentimentos ruins nesse momento delicado;
- Encorajamento na tentativa de fazê-la sentir-se forte para aceitar o óbito.

- Validação das emoções quando reconheço sua tristeza, angustias, desilusão, pelos percalços inesperados, e por não ter saído da maternidade com os filhos gêmeos tanto esperados.

- Proporcionar escuta para a mãe e o esposo da paciente, colhendo informações da paciente e passando orientações para lidar da melhor maneira com X sobre a nova etapa de sua vida, depois que a mesma sair do hospital, e ao chegar em casa que se deparar com o enxoval dos bebês e toda essa situação vivencia por ela.

A atuação da psicologia dentro de uma instituição hospitalar, de acordo com o Conselho Federal de Psicologia (2007), se dá no âmbito secundário e terciário de atenção à saúde. Constata-se que a atuação do psicólogo hospitalar se dá no campo da assistência ao paciente e sua família e à equipe multiprofissional e outros profissionais do hospital além de sua atuação no campo de ensino e pesquisa. O acompanhamento ao paciente pode acontecer em: atendimento psicoterapêutico; grupos psicoterapêuticos; atendimento em ambulatório e nas enfermarias em geral; na Unidade de Terapia Intensiva; pronto atendimento; avaliação diagnóstica; atenção a psicomotricidade dentro do contexto hospitalar; grupos de psicoprofilaxia; dentre outros. Para o caso, utilizou-se de atendimento psicoterápico breve focal à paciente, orientações à mãe e ao esposo da paciente, e constatou-se o que se insere abaixo:

Resolutividade do Caso: X, sempre mostrou-se com discurso orientado, apesar do momento que vivenciava, a espera de receber a confirmação pela equipe de saúde do diagnóstico da morte dos bebês, a paciente já sentia que os bebês havia morrido.

X, diante da situação de seu processo de elaboração de luto, da perda dos filhos e de sua angústia, conseguiu vislumbrar uma possível ajuda vinda da psicóloga e neste sentido mostrou-se interessada em falar de sua dor durante os vinte dias em que ficou hospitalizada.

Compreende-se que ela pôde entender o que estava acontecendo, que os sintomas dessa crise foram aliviados quando ela pede para não passar pela dor do parto e seu pedido é aceito pela equipe, providenciando a cirurgia cesariana.

A presença do marido nos dois últimos dias de internação também contribuiu para o alívio da tensão e o estímulo da mãe ao relatar para a filha que a mesma poderá engravidar outra vez, favoreceu para que X. compreendesse e aceitasse a perda dos filhos. Ao ser minimizada a angústia e a tensão X. pode pensar em uma reestruturação para a sua vida e elaborar projetos de uma gravidez futura bem mais fortalecida. X. ficou hospitalizada na MEAC por 20 dias, antes da alta a paciente relata a psicóloga: “Vou me preparar para que a próxima gestação seja mais tranquila” (sic).

Conclusão

A realização do trabalho foi relevante para a formação profissional e pessoal das acadêmicas, que propiciou uma visão crítica acerca da realidade do psicólogo dentro da instituição de saúde. Através das visitas de campo e a análise do estudo de caso sob a orientação da psicóloga da MEAC e da professora orientadora da disciplina se pode ter um conhecimento mais amplo sobre a atuação e intervenção do psicólogo hospitalar, especificamente dentro do setor de emergência e sala de parto proporcionando as estudantes do curso de psicologia um contato maior com a realidade vivida, gerando satisfação e conhecimento.

A utilização da técnica de psicoterapia breve de apoio e o conhecimento da dinâmica da instituição hospitalar foram determinantes para a construção e o desenvolvimento desse estudo, pois possibilitou que as acadêmicas tivessem um suporte teórico-prático, resultando na resolutividade do estudo de caso.

Pôde perceber que a psicologia hospitalar se faz muito importante no Centro de Parto Humanizado, pois o psicólogo atua como um facilitador das demandas emocionais desse momento que as grávidas entram na instituição, visando o acompanhamento pré, pós-operatório e período puerperal. Além disso, o trabalho junto com as famílias e a equipe pode promover uma acolhida de tranquilidade e segurança para a mãe e o seu bebê.

Referências

BOWLBY.2004. In: HOLANDA.T.C.; MESQUITA.G.M.S. **A Psicoterapia Breve de Apoio em situações de perda e luto**. In: HOLANDA.T.C.; SAMPAIO.P.P. Temas em Psicologia II: Psicoterapia Breve -focal - Teoria, técnica e casos clínicos. Fortaleza: Universidade de Fortaleza, 2012.

Conselho Federal de Psicologia, 2007. Disponível em: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/Resolucao_CFP_nx_013-2007.pdf - Acesso em 20 de novembro de 2013.

ERIKSON, EH. **Identidade, juventude e crise**. Rio de Janeiro:Editora Zahar,1976

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ª ed. São Paulo. Atlas, 1999.

HOLANDA, TCM. O serviço de psicologia do HUWC. In: LAGE, AMV & MONTEIRO, KCC. **Psicologia Hospitalar: teoria e prática em hospital universitário**. Fortaleza, edições UFC, 2007.

LUDKE, Menga & ANDRÉ, Marli E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo, Editora Pedagógica e Universitária, 1986. 99p.

LEMGRUBER, Vera. **Psicoterapia Breve: a técnica focal**. Porto Alegre: Artes médicas, 1984.

GOUVEIA, H. Psicoterapia breve de apoio In: LEMGRUBER, V. **O futuro da integração: Desenvolvimentos em psicoterapia breve**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Disponível em: <http://www.meac.ufc.br/> Acesso em 20 de novembro de 2013.

SIMON, R. **Psicologia Clínica Preventiva: novos fundamentos**, São Paulo: EPU. 1989.

Agradecimentos

Primeiro à Deus pela força, a profa. Teresa Cristina pela dedicação, atenção e aprendizado, a psicóloga da instituição pela acolhida e a Universidade de Fortaleza pela oportunidade de divulgar nosso estudo e por incentivar à pesquisa.

PROMOÇÃO DO VÍNCULO AFETIVO NO MÉTODO CANGURU COM A PARTICIPAÇÃO PATERNA

Lucélia Rodrigues Afonso:Enfermeira. Especialista em Enfermagem Neonatal pela Universidade Federal do Ceará.luceliarodrigues@yahoo.com.br

Cláudia Patrícia da Silva Ribeiro – Universidade Estadual do Ceará

Daniele Rocha de Farias Marques – Universidade Estadual do Ceará

Palavra chave: Método Canguru, vínculo afetivo, pai e filho prematuro

Resumo

O Método Mãe Canguru é uma forma de atenção que incentiva e valoriza a presença e a participação da mãe e da família na unidade neonatal. A literatura sobre a abordagem do Método Canguru é vasta, no entanto, poucas pesquisas buscam a descrição da experiência paterna. O interesse pelo tema emergiu a partir de uma experiência junto ao cuidado direto a um RNBP, que ao nascer, devido a uma série de complicações relacionadas ao nascimento com baixo peso, permaneceu 30 dias na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), e após a alta deste setor, mais 34 dias sob cuidados no Método Canguru, na presença da mãe, com a participação e presença efetiva do pai, em todos os cuidados necessários ao filho. Esta experiência despertou-me para um dos objetivos desta estratégia de intervenção no âmbito hospitalar, surgindo assim o vínculo afetivo e a necessidade compreenderem a importância da participação dos pais. O estudo teve como objetivo descrever a participação paterna na promoção do vínculo afetivo no método canguru. O estudo de campo, descritivo, qualitativo realizado em uma maternidade pública, na enfermaria do Método Mãe Canguru (MMC).A presença do pai no método canguru e sua participação nos cuidados com o RNBP, proporcionar um vínculo afetivo entre pai e filho, sendo esse um fator de fundamental importância para a qualidade de vida e sobrevivência do recém nascido (RN) após a alta da unidade neonatal.

Introdução

O Método Mãe Canguru (MMC) é uma forma de atenção que incentiva e valoriza a presença e a participação da mãe e da família na unidade neonatal. Tem um papel importante para assegurar a saúde do recém-nascido de baixo peso (RNBP) após a alta hospitalar, tanto

pela oportunidade de fortalecimento do vínculo afetivo que oferece, como pelas altas taxas de amamentação que proporciona. O sucesso do método canguru também contempla a participação do pai, mesmo que por períodos diários curtos, mas que permita a promoção do contato corporal e a interação com o recém-nascido (RN), fortalecendo o desenvolvimento psicoafetivo do bebê e garantindo ao pai segurança para cuidar e diminuir o sofrimento de seu filho nesta etapa, que pode ser cheia de obstáculos a serem vencidos. A presença do pai transfere também à mãe a certeza de um companheiro que irá ajudá-la a superar melhor cada dia desta fase inicial, fortalecerá o vínculo entre pai e filho promovendo a recuperação do neonato, assim, como poderá melhorar a dinâmica familiar no desempenho de papéis atendendo as necessidades do RN. A literatura sobre a abordagem do Método Canguru é vasta, no entanto, poucas pesquisas buscam a descrição da experiência paterna, nesta situação particular de cuidado que envolve a posição canguru e o envolvimento familiar. O interesse pelo tema emergiu a partir de uma experiência junto ao cuidado direto a um RNBP, que ao nascer, devido a uma série de complicações relacionadas ao nascimento com baixo peso, permaneceu 30 dias na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), e após a alta deste setor, mais 34 dias sob cuidados no Método Canguru, na presença da mãe, com a participação e presença efetiva do pai, em todos os cuidados necessários ao filho. Esta experiência despertou-me para um dos objetivos desta estratégia de intervenção no âmbito hospitalar, surgindo assim o vínculo afetivo e a necessidade compreenderem a importância da participação dos pais. **Objetivo:** Descrever a participação paterna na promoção do vínculo afetivo no método canguru.

Metodologia

O estudo de campo, descritivo, qualitativo realizado em uma maternidade de grande porte, na enfermaria do Método Canguru (MMC), composta de 12 leitos, que integra a estrutura física de uma instituição de nível terciário, vinculada à Universidade Federal do Ceará (UFC). A população do estudo foi composta por 10 (dez) pais que visitaram seus filhos na unidade mãe canguru sendo convidados aqueles pais que regularmente compareceram a unidade canguru no período de setembro a novembro de 2010. Para análise dos dados, foi utilizada a análise temática que significa a descoberta dos núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência significaram algo para o objetivo da análise. Os princípios éticos foram seguidos em todas as fases do estudo, em consonância com o que preconiza a Resolução 146/12.

Resultados e Discussão

Foram entrevistados dez pais que visitaram regularmente seus filhos na enfermaria método canguru, cujas idades variaram entre 18 e 43 anos de idade. Com a presença e participação dos pais no MMC, pode haver um envolvimento familiar junto com a mãe, pai e RNBP, ajudando a vencer os obstáculos relacionados a situação vivida pela tríade. A maioria dos pais que visitaram seus filhos no método canguru trabalhava o dia inteiro e sempre realizavam as visitas antes de ir para o trabalho, ou então na volta do trabalho, alguns faziam a visita nos dois horários. Alguns viam do interior do estado e não podiam fazer as visitas todos os dias, mas, faziam questão de ir visitar seu filhos pelo menos uma vez na semana.

A espera do filho na família

O nascimento torna-se um momento especial na vida dos pais e da família, quando as expectativas, sonhos, e sentimentos inusitados aparecem em volta do novo. Durante todo o processo, o nascimento é o momento mais esperado, quando as dúvidas e medos são amenizados, e finalmente, os pais acolherão o bebê nos braços, fazendo com que as incertezas que antes os rodeavam sejam diminuídas, fortalecendo a interação pais-filhos (GOUVEIA, 2007). De acordo com os relatos a chegada do filho os deixou felizes, mesmo aqueles que não esperavam esse filho demonstraram felicidade com a chegada do novo ser: *“Na verdade ninguém esperava, os planos seriam mais adiante, com cinco anos de casado, ela engravidou logo, e nos estávamos com dois anos de casados, mas fiquei feliz com a notícia; “Desejei muito, era tudo que eu queria, fiquei muito feliz quando minha esposa me deu a notícia que estava grávida”.*

Nos discursos dos pais observou-se que a chegada de um novo ser na família foi considerado como um acontecimento esperado e que os deixou muito feliz, considerando apenas dois pais que esperavam que a gravidez da esposa acontecesse em outro momento de suas vidas, mas isto não significou que o mesmo não tivesse sido planejado para aquele momento.

O sentimento dos pais diante da prematuridade

Segundo Gurgel; Rolin, (2005) e Gouveia, (2007) quando o recém-nascido (RN) nasce prematuramente ocorre uma brusca separação entre pais e filhos. Este fato faz com que a mãe sinta tristeza, medo e estresse, pela fragilidade e insegurança quanto a vida do filho especialmente em decorrência da internação do bebê na Unidade de Terapia intensiva (UTIN), o que pode prejudicar o estabelecimento do vínculo e apego entre eles. Nesse momento, ambos não estão preparados para enfrentar esta situação, ocorrendo um afastamento da tríade mãe-filho-pai, iniciando-se um processo doloroso e necessário para o restabelecimento do RN. Pode-se observar a impressão e o sentimento dos pais com relação ao estado do filho nas seguintes falas: *“No início foi complicado, fiquei preocupado quando vi o bichinho lá bem pequenininho, agora estou mais tranquilo porque ele tá aqui com a mãe dele crescendo e engordando, só falta ir logo para casa.”; “Normal, não fiquei tão preocupado porque sabia que ele está bem cuidado”.; “Fiquei assustado, não era planejado ele nascer antes do tempo, fiquei com muito medo por ele ser muito pequeno, mas agora já estou mais tranquilo e já me acostumei com a idéia”.*

Com relação ao sentimento deles diante da prematuridade dos filhos, pode-se observar que os pais tiveram sentimentos como: medo, preocupação, receiosidade, emoção, porém, logo expressarem terem ficado tranquilos após o encaminhamento do filho ao MMC, pois sabiam que os filhos ficariam sendo cuidados pelas mães e que os pais poderiam realizar visitas diárias a qualquer hora do dia. O nascimento, em condições normais, já traz consigo várias dificuldades, atribuídas a diversos fatores, envolvendo o cuidado ao RN.

Conhecimento do Pai sobre o Método Canguru

Segundo Costa (2005) o método canguru é um conjunto de ações, conceitos e valores consubstanciado na assistência humanizada oferecida ao RNBP, aos pais e aos demais familiares desde o nascimento, promovendo o primeiro encontro entre o bebê e a mãe, a comunicação entre a família e equipe, o contato pele-a-pele precoce e crescente, além de oferecer a oportunidade de escolher o tempo em que permanecerão com o bebê na posição canguru. Sendo esta a posição em que o prematuro é colocado entre os seios deve estar se possível apenas de fraldas, em posição vertical e com o tórax e abdome fazendo o contato pele-a-pele.

O que pude observar nos relatos dos pais é que realmente há desconhecimentos deles acerca do método canguru, porém pode-se evidenciar com suas falas que os mesmos tiveram todas as informações necessárias sobre o MMC, incluindo a participação dos mesmos junto ao cuidado com o filho: *“Nunca tinha ouvido falar no método canguru, a primeira vez foi aqui na MEAC quando o bebê estava na UTI a enfermeira me disse que ele poderia ir para o MMC e que aqui ele ia poder ficar o tempo todo com a mãe dele e que eu também poderiam visitar a qualquer hora do dia e que eu poderia também colocar o bebe na posição canguru”*; *“Meu filho estava na UTIN, eu passei aqui e perguntei o que era, a enfermeira explicou que era a enfermaria canguru e me convidou para conhecer então eu gostei muito e fiquei com vontade do meu filho vim logo pra cá”*.

Conforme relatado nos discursos percebe-se que todos os pais não sabiam o que era o MMC e que na maternidade tiveram todas as informações necessárias sobre o método, informações essas dadas por profissionais da UTIN e do próprio MMC, diante disto observou que após essas informações os pais ficaram ansiosos para participarem do MMC, com a pretensão de verem seus filhos junto de suas mães e poderem também estar presentes nos cuidados prestados ao filho no MMC. Nota-se que a maior preocupação dos pais é manter seus filhos na presença de suas mães e que o fato de poderem presenciar o cuidado com o RNBP e de poderem também participar nesse cuidado os levou a aderirem o MMC.

O pai e o cuidado com o filho prematuro

Esses cuidados têm como base as evidências clínicas dos RNBP que apresentem elementos fundamentais para a alta precoce, como amamentação exclusiva, a posição canguru que promove calor e ativa os estímulos, a educação e informação dos pais e da família nos cuidados aos RNBP, sendo também acompanhados ambulatorialmente para monitorar o crescimento e desenvolvimento. (REBOUÇAS, 2008).

Pode-se observar nas falas dos entrevistados: *“li o livrinho que fala como é o método mãe canguru, aprendi a manusear o meu filho que é muito pequenininho e que se deve lavar as mãos antes de pegar nele para ele não adoecer com as bactérias que tem nas mãos da gente pois ele tem a imunidade baixa”*; *Aprendi a banhar, dá banho de sol e que temos que lavar as mãos toda vez que for pegar nele para ele não adoecer”*.

Observa-se nos relatos dos pais que o método canguru os proporciona um grande aprendizado com relação aos cuidados prestados aos RNBP, todos os pais relataram que prestaram cuidados a seus filhos como: dar banho posicioná-lo corretamente, colocar na posição canguru, alimentar, trocar fralda, etc. Observa-se que para os pais esses cuidados são prazerosos para eles e importantes para os filhos. Segundo Dias (2009) em um estudo realizado com as mães no método canguru, os sentimentos expressados pelas mães neste momento emergiram na forma não verbal, com um olhar de alívio. A forma de cuidar e estar junto deles era recompensador para elas, tendo como relato a esperança de logo voltar para suas casas mesmo não sabendo quando iriam para suas casas restabelecer suas rotinas diárias.

Sentimento do pai ao cuidar do filho prematuro

Para Matteson, (2001), Apud Ricci, (2008), tornar-se pai pode ser um período de tempo de perplexidade, assim como de grande mudança social. A transição para a paternidade é influenciada por muitos fatores, inclusive a participação no parto, os relacionamentos com outras pessoas importantes, a competência em relação ao cuidado com o bebê, a organização do papel familiar, a formação cultural do pai e o método de alimentação do bebê. Observe nas falas: *“Ele é muito frágil, é preciso saber manejar direito”*; *“Eu fico preocupado, mas medo não, fico preocupado de machucar e de pegar de mal jeito”*.

Os relatos evidenciam que apenas dois pais ao cuidarem de seus filhos prematuros, sentem medo por conta da prematuridade e por acharem o bebê muito pequeno, porém os demais se sentem seguros por terem aprendido a realizar o manuseio adequado ao prematuro no MMC. Poucos estudos abordam a questão do cuidado do pai ao RN prematuro, assim como existem poucos relatos de

experiências dos pais no método canguru, a participação da mãe é mais enfatizada como mostram vários estudos relacionados ao tema.

Promoção do vínculo afetivo do pai com RN

Ferreira e Vieira (2003) consideram o apego como resultado de um processo vê-se que este não é independente nem imediato, mas depende de toda uma relação, sendo esta feita através de trocas mútuas de estímulos, o que leva a uma dependência entre os participantes do processo. Segundo os pais: *“Agente fica o tempo todo querendo vê, pegar, o amor que eu sinto é imenso”*; *“Eu acho que sim, a primeira vez que eu vim aqui visitar ele estava chorando muito, então, colocaram ele em meu peito então ele se calou, ficou bem tranquilo, e quando eu tirei ele voltou a chorar muito, ele sente meu cheiro, conhece minha voz, eu conversava muito com ele quando ele ainda estava na barriga da mãe”*.

Os pais relataram com unanimidade achar importante a sua participação na promoção do vínculo afetivo com seu filho no método canguru, relatando que os RNBP sentem sua presença e os reconhecem como pai, pois se acalmam, crescem mais rápido, ganham peso e se recuperam logo para ir para casa. Frequentemente, os pais são retratados como bem intencionados, mas desajeitados, quando cuidam dos recém-nascidos. Os pais têm seus próprios meios de se relacionar com seus recém-nascidos e podem tornar-se tão acalentadores quanto às mães. As reações acalentadoras de um pai podem ser menos automáticas quanto às de uma mãe, mas os pais conseguem criar um vínculo muito forte com seus filhos recém-nascidos (SEARS, 2004, APUD, RICCI, 2008).

Importância da presença do pai para mãe e o RN

Segundo Fonseca (2005), A presença paterna tem sido cada vez mais frequentemente. Não é raro observar manifestações de comportamento indicadores das dificuldades que eles enfrentam para expressar ou compartilhar seus sentimentos, contrariando o que a sociedade deseja do homem, como esperança e apoio a sua esposa e a outros familiares. Corrobora as falas: *“Minha esposa e meu filho precisam diariamente da minha presença aqui, mas não posso está aqui todos os dias, se eu pudesse eu viria todos os dias o dia todo”*; *“A presença do pai reforça o verdadeiro sentido da família. O carinho e palavras de apoio do pai para a mãe e o bebê são como se fossem um bálsamo que renova e gera forças para que esta família siga adiante. De segunda a sexta estou presente no método canguru. Venho pela manhã cedo antes de ir para o trabalho e após o trabalho também, aos sábados e domingos também estou aqui, faço questão de praticar o método canguru com meu filho tendo com ele o contato pele-a-pele. Obrigado método canguru”*.

Para Branco (2009), a atenção de pais cuidadores contribui positivamente para toda família, a saúde da mulher é facilitada e a dedicação amorosa aos filhos favorece aos próprios homens, ampliando suas vivências masculinas para além do papel de provedores. Atualmente,

para Montgomery e Carvalho (2005), o homem se envolve nas questões simples do cotidiano dos filhos, nos cuidados básicos que outrora eram atribuídos apenas à mulher. Ele deixou de ser apenas o provedor, macho inseminador, dominador, para se permitir envolver afetivamente revelando sentimentos com o carinho, amor, apego e responsabilidade para com a prole e compartilhar com sua mulher as preocupações do dia a dia.

Conclusão

A presença do pai no método canguru e sua participação nos cuidados com o RNBP proporcionou um vínculo afetivo entre pai e filho, sendo esse um fator de fundamental importância para a qualidade de vida e sobrevivência do recém nascido (RN) após a alta da unidade neonatal. Os cuidados com o RNBP no Método Canguru têm sido prática quase exclusiva das mães, porém a participação paterna é de fundamental importância na promoção da afetividade entre pai e filho. O pai pode atuar nos cuidados ao RNBP junto à mãe para que alguns medos relatados por eles a respeito do manuseio e cuidado sejam bem trabalhados. A demanda das visitas pelos pais ainda é pequena talvez um pouco pela falta de conhecimentos dos pais sobre os direitos de visitas que neste caso é livre. Não foi encontrado nenhum estudo que abordasse a participação paterna no MMC, todos os artigos encontrados abordam a prática materna no método, o que também despertou o meu interesse pelo tema, que precisa ser mais explorado pela comunidade acadêmica já que são poucos os estudos envolvendo a dinâmica paternal junto ao recém-nascido de baixo peso.

Referências

Inserir as referências bibliográficas segundo a norma da ABNT (ARIAL, 10) – Atenção para não ultrapassar as margens laterais.
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém nascido de baixo peso: método canguru: manual do curso** / Secretaria de políticas de saúde, Área de Saúde da Criança.-1º. Edição - Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CABRAL, I.E; RODRIGUES, E.C. O método mãe canguru em uma maternidade do Rio de Janeiro 2000-2002: necessidades da criança e demanda da educação em saúde para os pais. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.15, n. 4, 2006.

TRONCHIN, D. M. R.; TSUNECHIRO, M.A. Cuidar e o conviver com o filho prematuro: a experiência do pai. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 93-101, janeiro-fevereiro, 2006.

COSTA, R. Reflexões da equipe de saúde sobre o método mãe-canguru em uma unidade de neonatologia: um dialogo fundamentado na abordagem problematizadora. Florianópolis, 2005. [**Dissertação de mestrado**]. Universidade Federal de Santa Catarina, 228p.

BOWLBY, J, 1907 -. **Apego**: A natureza do vínculo. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes; 2000.

Agradecimento

A enfermeira Beatriz Câmara chefe da enfermaria Canguru da MEAC, entusiasta deste método e que a todos contagia me incentivando a fazer este trabalho, que é o reconhecimento da importância desta unidade hospitalar na recuperação dos prematuros extremos e do seu brilhante trabalho juntamente com toda a sua equipe

PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO AMBIENTE ESCOLAR POR UMA EQUIPE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA.

Cyntia Márcia da Silva Toledo – Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, UNCISAL; cym12_st07@hotmail.com;
Emanuele Sarmento de Vasconcelos Silva – UNCISAL;
Juliana Ferreira Lopes – UNCISAL;
Luisa Macedo Cavalcante – UNCISAL;
Marília Gabriela Vieira Macêdo – UNCISAL;
Vanessa Fernandes de Almeida Porto – UNCISAL.

Palavras-chave: Promoção da Saúde. Educação em Saúde. Saúde Escolar.

Resumo

O presente estudo teve como objetivo trabalhar atividades de educação em saúde e promoção da saúde com crianças do ensino infantil e fundamental de escolas particulares de um bairro antigo de Maceió. As residentes abordaram temas voltados às realidades das crianças com a ajuda dos professores. Cada turma possuía dinâmicas diferentes e variavam de acordo com a série e a idade. A escola tem representado um importante local para o encontro entre as áreas da saúde e educação. As ações de promoção da saúde concretizam-se em diversos espaços e órgãos definidores de políticas, sobretudo nos espaços sociais onde vivem as pessoas. As cidades, os ambientes de trabalho e as escolas são os locais onde essas ações têm sido propostas, procurando-se fortalecer a ação e o protagonismo do nível local, incentivando a intersetorialidade e a participação social. A escola saudável tem o propósito de contribuir para o desenvolvimento das potencialidades físicas, psíquicas e sociais dos escolares da educação básica, a partir de ações pedagógicas de prevenção e promoção da saúde e da conservação do meio ambiente, dirigidas à comunidade. Os professores e os profissionais da saúde devem incorporar no âmbito escolar atitudes e práticas que valorizem a promoção da saúde de forma crítica, para isso, utiliza-se do lúdico e de recursos educativos que proporcionam o despertar e o agir das crianças em todos os seus ambientes.

Introdução

As áreas da saúde e da educação estão intimamente ligadas por serem reconhecidas como necessidades básicas e universais do ser humano. Desse modo, associa-se que: bons níveis de educação estão relacionados a uma população mais saudável, assim como uma

população saudável tem maiores possibilidades de apoderar-se de conhecimentos da educação formal e informal. A escola tem representado um importante local para o encontro entre as áreas, abrangendo atividades de educação em saúde e promoção da saúde. A promoção da saúde está vinculada a todas as práticas e condutas que procuram melhorar o nível de saúde da população (SALUM E MORAIS ET AL., 2000a) por meio de medidas que não se restringem a resolver problemas de doenças ou qualquer desordem orgânica, mas sim que visam a aumentar a saúde e o bem-estar geral, assim sendo, as escolas aparecem como excelente cenário de caráter formal, em que é possível gerar autonomia, participação crítica e criatividade para a promoção da saúde, que deve, no âmbito escolar, partir de uma visão integral, multidisciplinar do ser humano, considerando as pessoas em seu contexto familiar, comunitário e social (IERVOLINO, 2000).

Nesse sentido, as escolas que visam à promoção da saúde devem envolver a comunidade num processo de produção da cidadania e autonomia do ser humano, com o objetivo de formar agentes multiplicadores e valorizar o surgimento de líderes entre os próprios jovens (BUSS, 2000). A base é o entendimento de que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados à qualidade de vida, incluindo padrão adequado de alimentação, nutrição, habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico adequado; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável e outros cuidados de saúde. Suas atividades estariam, então, voltadas ao coletivo e ao ambiente (SALUM E MORAIS ET AL., 2000b).

Quanto ao profissional de saúde, principalmente aquele que atua nos serviços de atenção básica, por estar em maior proximidade com a população, poderá construir vínculos e pactuar ações tanto no campo preventivo, quanto no de promoção da saúde. Neste prisma, o professor é elemento desencadeador de saúde, contribuindo para o processo, pois os estudantes, principalmente os menores, têm as atitudes dos professores como referência. O estabelecimento de parcerias entre os profissionais de educação com os da saúde pode ser vantajoso para a construção de novas estratégias e formas de pensar como o tema saúde deva ser abordado no meio educacional.

Metodologia

A pesquisa realizada neste trabalho trata-se de um relato de experiência descritivo e foi desenvolvida por uma equipe interdisciplinar de residentes matriculadas no programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família vinculado a Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL, no ano de 2014. As oito profissionais que atuaram nesse processo de saúde nas escolas permeiam vários campos do conhecimento científico, a saber: uma Enfermeira, duas Fisioterapeutas, uma Fonoaudióloga, uma Nutricionista, uma Psicóloga e duas Terapeutas Ocupacionais. As três escolas escolhidas são particulares de ensino infantil e fundamental (até o 5º ano) e estão localizadas no bairro Trapiche da Barra, no município de Maceió. Vale ressaltar, que na área de abrangência de atuação da Residência não existe escola pública, logo, mirando o potencial formador das crianças, abarcou-se as que estão inseridas na comunidade. A princípio, as residentes conheceram as estruturas das escolas e apresentaram para as diretoras a proposta da Residência: iniciar um projeto nas escolas da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família, abordando temas voltados à promoção da saúde em um período de seis meses. Para isso, foi solicitado o plano pedagógico de cada escola para agregar elementos e conteúdos e somar o trabalho entre as residentes e os educadores. Houve também, uma reunião com os professores com o intuito de conhecer melhor as turmas e desfrutar das metodologias mais profícuas para cada série, além da posterior avaliação das atividades pelas residentes e professores.

A educação em saúde passa a ser proposta a partir de objetivos mais amplos e pautados por meio de diagnósticos locais, logo, os principais temas abordados foram indicações dos educadores. Observou-se um leque de ações que inclui estratégias mais tradicionais - como palestras para os professores – bem como atividades lúdicas e criativas – teatro, contação de histórias, além de diversos jogos com os estudantes.

Os temas abordados em sala de aula pela equipe de residentes era trabalhado ao longo da semana pelos professores e ao regressar a escola, tanto professores como as crianças forneciam um respaldo do que havia sido trabalhado. Os temas abordados foram: higiene

das mãos, higiene corporal, alimentação saudável, primeiros socorros, ergonomia, saúde auditiva e saúde bucal. Ao término de cada mês, era realizada uma atividade lúdica avaliativa com o intuito de observar a assimilação dos temas pelas crianças. As orientações e atividades eram coerentes de acordo com a idade e a série de cada criança.

Resultados e Discussão

Para atuar nas escolas no processo de educação e promoção da saúde, foi-se necessária à criação de alguns recursos educativos, como: dois coleguinhas de emborrachado que ganharam vida e nome (Alice e Cauã) pelas crianças e serviam de exemplo para os assuntos abordados, pois elas se imaginavam em situações semelhantes criadas pelas residentes, e relatavam: *“eu também escovo os dentes após as refeições como o Cauã”, “vou pedir a mamãe para meu lanche ser mais saudável igual o da Alice”, “No São João eu não pulei fogueira, pois aprendi que é perigoso”*; semáforo de trânsito, em que eram feitas alusões as cores: vermelha (nunca), amarelo (raramente) e verde (sempre), *“eu gosto muito de biscoito recheado, mas não posso comer todo dia”*, logo, a criança identificava que o produto não é benéfico a sua saúde. Outros recursos utilizados foram: vídeos educativos, encenação de peças teatrais, contação de histórias, além de jogos como quebra-cabeça e jogo da memória.

Diante disso, percebe-se que educação em saúde, como forma de promoção da saúde no ambiente escolar, se faz mediante a construção de parcerias e, de certa forma, ao abandono do antigo modelo educacional centrado apenas na figura do professor. Os alunos, profissionais de saúde, e educadores devem construir uma forma de pensar saúde mais efetiva e voltada para as reais necessidades da população. Nesta dinâmica as ações interdisciplinares ganham espaço, pois a escola é o ambiente propício para educação em saúde, colaborando na melhoria da qualidade de vida da comunidade escolar e contribuindo, direta e indiretamente para o futuro de nosso país (SOUZA E LOPEZ, 2002). A população escolar não deve ser negligenciada, pois abrange grande fatia dos habitantes das comunidades nas quais os profissionais de saúde atuam.

Segundo Pereira (2003), a educação e a saúde são espaços de produção e aplicação de saberes destinados ao desenvolvimento humano, onde se pode notar interseção e modo de operá-las que muitas vezes é feito inconscientemente. Nota-se que o profissional de saúde pratica educação em saúde em seu cotidiano profissional sem que se perceba como tal. Nesta visão, a escola é um ambiente essencial para o desenvolvimento do conhecimento partilhado e para a integração com a comunidade. Nela encontra-se grande parte da população que demonstra interesse em aprender, e onde reside grande potencial disseminador de informações que ultrapassam, por inúmeras vezes, seus limites físicos (OLIVEIRA; BUENO, 1997).

Dentro deste contexto, articulando-se a educação escolar à promoção da saúde percebe-se certo mecanismo de fortalecimento e implantação de política mais transversal, integrada e intersetorial, que propõe a articulação entre os serviços de saúde, a comunidade, às iniciativas pública e privada, além do próprio cidadão na proposição de ações que busquem bem-estar e qualidade de vida, fato esse observado na fala das crianças e nos relatos das mudanças de hábitos pelos professores.

Conclusão

A escola funciona como ponto de encontro a todos, podendo servir como espaço para mudanças na forma de se pensar e construir saúde dentro de seu determinado contexto social. Trata-se, portanto, de uma mudança conjunta, que envolve múltiplos aspectos que não podem ser desmerecidos ou negligenciados. Logo se percebe que é de vital importância à valorização da tríade professor-profissional de saúde-comunidade, onde se estabelecem espaços para que todos os atores deste conjunto possam ser ouvidos em suas necessidades, e também participar no processo de mudanças positivas para todos.

Referências

BUSS, PM. Promoção da Saúde e qualidade de vida. **Cien Saude Colet** 2000; 5(1):163-177.

IERVOLINO, SA. Escola promotora de saúde: um projeto de qualidade de vida. 2000. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2000.

OLIVEIRA, M.A.F.C.; BUENO, S.M.V. Comunicação educativa do enfermeiro na promoção da saúde sexual escolar. *Rev.latino-Am.enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 5, n. 3, p. 71-81, 1997.

PEREIRA, A.L.F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas Ciências da Saúde *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n.5, p.1527-1534, 2003.

SALUM E MORAIS, ML; SOUZA, BP, organizadores. Saúde e educação: muito prazer!: novos rumos no atendimento à queixa escolar: Algumas palavras aos profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000. p. 231- 58.

SOUZA, A.C.; LOPES, M.J.M. Implantação de uma ouvidoria em saúde escolar: relato de experiência. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 23, n. 2, p. 123-141, 2002.

Agradecimentos

À UNCISAL pelo apoio, as escolas em nome de suas diretoras que acolheram a equipe de residentes, aos professores pelo trabalho em conjunto e as crianças por participarem do processo de ensino-aprendizagem.

PROMOVENDO A SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO USANDO O TERMÔMETRO DIGITAL NO CONTROLE DA TERMORREGULAÇÃO

Aline Maria Carvalho Maia Mendonça (apresentadora) – Universidade Federal do Ceará (UFC) alinecarvalhomaia@hotmail.com
Fernanda Jorge Magalhães- Universidade Federal do Ceará (UFC) e Universidade do Porto em Portugal
José Hernevides Pontes Ferreira – Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS) e Universidade Federal do Ceará (UFC)
Rhaquel de Moraes Alves Barbosa Oliveira – Secretaria Municipal de Saúde / Fortaleza-Ceará
Veridianne Vasconcelos Ponte Viana – Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS) e Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC)
Karla Maria Cerneiro Rolim (orientadora)– Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Palavras-Chaves: Recém-Nascido Prematuro. Termômetro Digital. Termorregulação do Recém-nascido. Cuidados de Enfermagem.

Resumo

A termorregulação neonatal se caracteriza como uma função fisiológica intimamente relacionada com a transição e sobrevivência do recém-nascido pré-termo. Garantir ao neonato uma assistência cuidadosa e personalizada se constitui a principal meta de toda equipe de Enfermagem atuante na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. O objetivo do estudo foi rever a literatura sobre os benefícios do termômetro digital na termorregulação e na promoção da saúde do recém-nascido prematuro internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Trata-se de uma revisão bibliográfica atemporal em artigos científicos em língua portuguesa, onde a coleta de dados ocorreu no período de junho a julho de 2014, em bases de dados Scielo, Bireme e Google Acadêmico. Para o controle da temperatura corporal do RNPT atualmente está ocorrendo à substituição gradual dos termômetros de mercúrio por termômetros digitais, por estes serem mais rápidos, de fácil manuseio e mais seguros, tendo em vista os danos que o termômetro tradicional pode oferecer aos profissionais da saúde. Contudo, os termômetros digitais além de manuseio simples, também, possuem baixo custo, baixo peso e tem a capacidade em eliminar o erro inerente ao ser humano quando do emprego de um termômetro convencional.

Introdução

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) originou-se da necessidade de oferecer suporte avançado de vida a recém-nascidos (RN) agudamente doentes, que porventura necessitem de cuidados especializados em busca de sua sobrevivência. Como relata Rolim (2006), a UTIN é constituída por diversos equipamentos e rica em tecnologia, destinando-se ao RN gravemente doente, com instabilidade hemodinâmica, e aqueles com alto risco de mortalidade, como os recém-nascidos pré-termo (RNPT).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, citado por Marcondes (2007), RNPT é todo aquele que tem idade gestacional inferior a 37 semanas e, por necessidade vital, é separado da mãe após o nascimento, e conduzido a uma UTIN. Nesse ambiente, o RNPT recebe cuidados urgentes na tentativa de garantir sua sobrevivência, bem como, proporcionar-lhe condições favoráveis para seu crescimento e desenvolvimento.

A termorregulação neonatal, por sua vez, se caracteriza em uma função fisiológica intimamente relacionada com a transição e sobrevivência dos neonatos. Estes têm a capacidade de controlar a temperatura corpórea, porém, em condições extremas de temperatura, esta condição é prejudicada pela incapacidade física de manter a homeostase. Os cuidados relacionados ao controle e manutenção da temperatura corporal do RNPT são essenciais para sua sobrevida, uma vez que essas crianças resfriam-se e se superaquecem com facilidade, acompanhando as alterações do ambiente térmico (SCOCHI; GAIVA; SILVA, 2002).

Assim, a estruturação e organização das UTIN devem acompanhar sistematicamente os avanços terapêuticos e tecnológicos, justificado pelo crescente aumento da viabilidade neonatal, a fim de atender as necessidades do RNPT de acordo com as novas realidades. Conforme Tamez e Silva (2009) o termômetro digital encontra-se entre os materiais de consumo indispensáveis para a estruturação e organização efetiva da UTIN, visto como o mais adequado para a verificação da temperatura corporal do RN e, principalmente do RNPT, frente a sua instabilidade térmica e funcional.

No entanto, este ainda não faz parte da realidade de todas as UTIN, ocorrendo ainda o uso do tradicional termômetro de mercúrio criado por volta de 1866 pelo estudioso Thomas Clifford Allbut. Este novo termômetro requeria apenas 5 minutos para verificação da temperatura corporal e ainda é o termômetro clínico dominante, apesar da recente introdução do termômetro digital. Em geral, sua graduação vai apenas de 35 °C a 42 °C, e a divisão são feitas em décimos do grau (PIRES; AFONSO, 2006).

Garantir a este ser tão dependente de cuidados uma assistência de enfermagem cuidadosa e personalizada se constitui a principal meta de toda equipe de Enfermagem atuante na UTIN. Assim, despertou o interesse em realizar busca ativa em livros e periódicos a relação entre o termômetro digital com a termorregulação do RNPT, sendo o objetivo do estudo foi rever a literatura sobre os benefícios do termômetro digital na termorregulação e na promoção da saúde do recém-nascido prematuro internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Metodologia

Trata-se de uma revisão bibliográfica sobre o uso do termômetro digital em benefício do controle térmico e da promoção da saúde do RNPT internado na UTIN. O levantamento da literatura foi realizado em artigos científicos e textos de publicações em língua portuguesa, voltados à termorregulação do neonato prematuro internado em UTIN, o uso do termômetro digital e as dificuldades do neonato em manter sua termorregulação, haja vista os cuidados específicos para sua sobrevida e o manuseio frequente realizado em pela equipe de saúde na realização dos procedimentos.

Para a realização do levantamento bibliográfico atemporal, para tal utilizou-se as bases de dados digitais Scielo, Bireme e Google acadêmico e ocorreu no período de junho a julho de 2014, Realizou-se uma listagem com cruzamento sobre o assunto de interesse, sendo inicialmente testadas para facilitar a pesquisa os seguintes descritores: “*termorregulação*”; “*recém-nascido prematuro*”; “*cuidado de enfermagem*” e “*termômetro digital*”. Assim, foram encontrados relatórios científicos em formato de artigos, tese e monografia, bem como manuais que passaram por outra seleção, onde critérios utilizados foram a relevância e confiabilidade, tanto dos autores como dos periódicos, permanecendo para leitura e análise: seis artigos, quatro livros, uma tese, uma monografia de graduação em Enfermagem, dois manuais do Ministério da Saúde.

Resultados e Discussão

Conhecer o RN entre todas as suas particularidades, principalmente o prematuro, se caracteriza como um dever de cada profissional que o atende, seja ele médico, enfermeiro, fisioterapeuta, ou qualquer outro que atue na UTIN. Vale enfatizar, que não é possível, em pleno século XXI, realizar um cuidado ao RN baseando-se em empirismo, cuidar sem planejamentos, sem evidências clínicas (RIBEIRO, 2005). Em se tratando da Enfermagem, a essência e especificidade do cuidado ao ser humano, à família e a comunidade, implica no desenvolvimento de atividades de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação (OLIVEIRA, 2009).

Foi possível identificar através de estudos que o RNPT, é homeotérmico imperfeito, superaquecendo-se (febre) e esfriando-se com facilidade, estando assim associado aos altos índices de morbi-mortalidade neonatal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Em 1907, o pediatra Budin observou uma diminuição no índice de mortalidade neonatal de 98% para 23%, quando os RNPT ou de baixo peso eram colocados em incubadoras, mantendo-se a temperatura corporal estável (TAMEZ; SILVA, 2009).

A promoção da saúde de neonatos prematuros é de extrema importância, por isso, é que Mendonça *et al* (2009) ressaltam que é necessário manter o aquecimento adequado ao bebê, visto que a termorregulação se constitui em um dos aspectos fundamentais da atenção neonatal. A promoção da saúde é entendida de acordo com Oliveira (2009) uma estratégia de desenvolvimento de ações sociais, políticas, econômicas e ambientais que visam à transformação social e o resgate da cidadania, transformando o indivíduo em sujeito de ação e direito.

O RNPT tem maior risco a hipotermia e um dos problemas mais comuns é a perda calórica pelo estresse crônico ao frio ocasionando em um consumo de oxigênio maior e uma incapacidade de ganho de peso, com isso suas sequelas se agravam à hipoglicemia e acidose metabólica (CLOHERTY; STARCK, 2000). Dessa forma, a termorregulação do RNPT se caracteriza como o segundo fator crítico à sua sobrevivência e estabilidade, após o estabelecimento da respiração e da circulação (LOWDERMILK; PERRY, 2002).

Para o controle da temperatura corporal do RNPT atualmente está ocorrendo à substituição gradual dos termômetros de mercúrio por termômetros digitais, por estes serem mais rápidos, de fácil manuseio e mais seguros, tendo em vista os danos que o termômetro tradicional pode oferecer aos profissionais da saúde, pacientes e meio ambiente, tais como: intoxicação devido à quebra do instrumento e em alguns casos lacerações de tecidos (SIMÕES; MARTINO, 2007).

De acordo, com a RDC ANVISA nº 306/04 e Resolução CONAMA nº 358/05, em caso de quebra acidental do termômetro de mercúrio, o mesmo deve ser descartado de acordo com as normatizações previstas para o descarte de Resíduos de Serviços de Saúde - Grupo B, assim classificados, por conter substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade (ANVISA, 2006).

Contudo, segundo Pires e Afonso (2006), os termômetros digitais além de manuseio simples, também, possuem baixo custo, baixo peso e tem a capacidade em eliminar o erro inerente ao ser humano quando do emprego de um termômetro convencional.

As necessidades relevantes ao manuseio e também à forma como usar ou verificar o termômetro no momento da observação são muito importantes e indispensáveis, por isso deve-se manter a técnica correta para apurar dados fidedignos a favor da temperatura desses prematuros e, assim proporcionar cuidados individualizados (MENDONÇA *et al*, 2012).

Na medicina, este instrumento apresenta precisão da ordem de um décimo de grau e requer apenas cerca de um décimo do tempo necessário para tomar a temperatura do paciente em relação ao termômetro clínico clássico (PIRES; AFONSO, 2006). Já, segundo Rocha (1996) a técnica de mensuração da temperatura axilar através de termômetro de vidro, com mercúrio, estabelece que estes devem ser mantidos por 5 a 7 minutos na axila enxuta. Esse instrumental é de baixo custo, mas pode falhar na detecção de hipotermia.

Dentre tantos benefícios para o uso do digital é que Mendonça *et al.*, (2012) informam que ao usá-lo e esquecer-se de notificar sua informação da temperatura ele tem a eficácia de gravar o valor, e o mesmo poderá ser confirmado em um visor mesmo minutos depois de ter verificado. Segundo Oliveira (2009), acredita-se ser importante o desenvolvimento da promoção da saúde como uma tecnologia de relações que permite a re-significação dos propósitos e das ações buscando uma integralidade da assistência.

Conclusão

São notórias assim, as vantagens que o termômetro digital pode oferecer ao RNPT, promovendo saúde por meio da sua termorregulação. A enfermeira então, diante de seu papel na arte e ciência do cuidar, deve mostrar-se sensibilizada pela labilidade térmica do neonato, e desenvolver estratégias que possam contribuir para a qualidade do cuidado ao RNPT.

A real necessidade do manuseio e também à forma como usar ou verificar o termômetro no momento da observação devem ser constantemente avaliadas, pois além de importantes são indispensáveis à plena recuperação do neonato. O cuidado individualizado, a técnica correta e o instrumental utilizados devem fornecer dados fidedignos, aqui ressalta-se a manutenção da temperatura desses prematuros.

Urge em meio às diversas práticas o conhecimento do sistema termorregulador do RN, principalmente do RNPT, levando-se em consideração o aumento de sua viabilidade, superfície corporal relativamente grande em comparação ao peso, isolamento térmico inadequado, baixo peso ao nascer, manuseio excessivo, entre outros.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru: manual do curso** / Secretaria de Políticas de Saúde, Área da Saúde da Criança. – 1.a edição. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde**. – 1 edição – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

CLOHERTY, J. P.; STARK, A. R. **Manual de Neonatologia**. 4ºed. Rio de Janeiro: Editora MEDSI, 2000.

LOWDERMILK, D.L.; PERRY, S.; BOBAK, I.M. **O cuidado em Enfermagem Materna**. 5.ed. Porto Alegre: ArtMed, 2002.

MARCONDES, E. et al. **Pediatria Básica**. 9ed. São Paulo: Sarvier, 2007.

SCOCHI, CG, Gaiva MAM, Silva MHA. Termorregulação: assistência hospitalar ao recém-nascido pré-termo. **Acta Paul de Enferm**, 2002; 15(1): 72-8.

MENDONÇA, A. M.C.M.; PONTE, V. V.; ROLIM, K. M. C. Acurácia do termômetro digital no controle térmico do recém - nascido prematuro. **Rev. Tendên. da Enferm**. 4(2):681-86. 2012

OLIVEIRA, M. M. C.; BARBOSA, A. L.; GALVÃO, M. T. G.; CARDOSO, M. L. M. L. Tecnologia, ambiente e interações na promoção da saúde ao recém-nascido e sua família. *Rev. Rene*.10(3); 44-52. Jul-set. 2009.

PIRES DTL, Afonso JC, Chaves, FAB. A termometria nos séculos XIX e XX. **Rev Bras Ensino de Física**. 28 (1): 101-114. 2006.

RIBEIRO MAC. **Aspectos que influenciam a termorregulação**: assistência de enfermagem ao recém-nascido pré-termo. [monografia]. Curso de Bacharel em Enfermagem. Taguatinga (DF): Faculdade JK, 2005.

ROLIM, K.M.C. **Enfermagem humanística**: contribuição para o desenvolvimento da enfermeira em unidade neonatal. 2006. 206f. Tese. (Doutorado). Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará (UFC), 2006.

SIMÕES, A. L. B.; MARTINO, M. M. F. Variabilidade circadiana da temperatura oral, timpânica e axilar em adultos hospitalizados. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.47, n.3, p. 485-91, abr. 2007.

TAMEZ, R.N.; SILVA, M.J.P. **Enfermagem na UTI neonatal**: assistência ao recém-nascido de alto risco. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

Agradecimentos

À Deus, pai superior, que sempre está ao nosso lado sustentando e fortalecendo-nos em momentos de fraquezas. À nossa família pelo sempre apoio em escolhas profissionais e pessoais.

À Professora e amiga Karla Maria Carneiro Rolim, por sua dedicação, paciência, amizade e orientação tão conceituada e de competência, e que sempre não mediu esforços para dar sua atenção aos nossos questionamentos e dúvidas.

A Universidade de Fortaleza (UNIFOR) por sua promoção e incentivo à inovação e a pesquisa, disponibilizando uma excelente e incomparável Biblioteca com a qual foi possível realizar tal pesquisa.

PROMOVENDO À SAÚDE DOS IDOSOS DE UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA DE CAMPINA GRANDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Samara Silva Gomes (Apresentadora) – UFCG – enfufcgsamara@gmail.com
Daysiane Monnalise Diniz Soares Silva – UFCG
Fernanda Maria Pereira de Aguiar – UFCG
Moabia Suerle Silva Figueiredo – UFCG
Thaise Tavares Gomes de Oliveira – UFCG
Gerlane Ângela da Costa Moreira Vieira (Orientadora) – UFCG

Palavras-chave: Promoção à saúde. Educação em Saúde. Idoso. Envelhecimento. Saúde do Idoso.

Resumo

A população brasileira está envelhecendo rapidamente e este, tornou-se um desafio para políticas públicas e sociais. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa tem como finalidade recuperar, manter e promover a autonomia e a independência do idoso e considera a necessidade de buscar a qualidade da atenção aos idosos por meio de ações fundamentadas na promoção da saúde. Logo, os programas de promoção à saúde do idoso são cada vez mais necessários, pois convergem em ações que privilegiam o envelhecimento ativo, com foco na preservação da capacidade funcional e na autonomia. Nesse contexto, esse tudo busca relatar a experiência vivenciada por um grupo de discentes do Curso de Enfermagem em atividades de educação em saúde voltada aos idosos de um centro de convivência. Trata-se de um relato de experiência de um grupo de discentes do curso de Enfermagem com os idosos do Programa Conviver, realizada entre 16 a 25 de Julho de 2014. A vivência iniciou-se com a interação dos discentes com os idosos a partir da inserção nas atividades cotidianas do centro e realização de oficinas educativas com os temas: automedicação e a promoção de uma alimentação saudável. Esta experiência propiciou ao alunado adquirir mais conhecimento científico, olhar crítico e humanizado para com o idoso, em **senescência**ou senilidade, para poder atender às necessidades do cliente em sua integralidade com resolutividade.

Introdução

Em todo o mundo a proporção de idosos cresce mais do que a de outras faixas etárias e a população brasileira também está envelhecendo rapidamente graças à redução da fecundidade e o aumento da expectativa de vida.

Dados do IBGE (2002) mostram projeções para 2020 indicando que a população idosa irá ultrapassar 30 milhões de pessoas, representando cerca de 13% da população brasileira e se tornando a sexta maior população idosa do mundo. Como consequência do envelhecimento, o declínio físico e muitas vezes cognitivo, compromete a qualidade de vida na terceira idade e continua sendo uma grande preocupação para ciência (VERAS *et al.*, 2009).

O envelhecimento populacional tornou-se um grande desafio para políticas públicas e sociais que tem como objetivo ampliar as oportunidades para saúde, segurança e bem-estar. De acordo com Pereira *et al.* (2010), envelhecimento bem sucedido deve estar pautado na menor probabilidade de doença, alta capacidade funcional, física e mental, além do engajamento social. O alcance desses fatores requer a promoção do envelhecimento com qualidade de vida, enfatizando-se os aspectos preventivos e assistenciais de maior relevância entre a população idosa.

A promoção do envelhecimento ativo e saudável é uma das diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que tem como finalidade recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

A promoção da saúde busca operar uma concepção positiva de saúde que supõe a participação dos diversos atores sociais e a adoção de múltiplas estratégias, incluindo a educação, a comunicação e a legislação. Pelicioni (2005) aborda que no movimento da promoção à saúde é possível identificar a visão da educação em saúde como processo político de formação para a cidadania e ação transformadora sobre a realidade social. Em um contexto de envelhecimento populacional, os programas de promoção à saúde do idoso são cada vez mais necessários, pois estes convergem em ações que privilegiam o envelhecimento ativo, com foco na longevidade que preserva a capacidade funcional e o estímulo à autonomia (ASSIS, 2004).

A abordagem em grupo é uma das principais estratégias em promoção à saúde, principalmente para a população idosa, pois possibilita ampliar a atenção individual centrada no controle das doenças crônicas e potencializa a abordagem mais abrangente da saúde, mediante o exercício da autodeterminação e da criação de vínculos que fortalecem a rede de apoio social e mobilizam as pessoas na busca de autonomia e sentido para vida (GARCIA, 2006).

De acordo com Brasil (2006), os grupos de promoção à saúde do idoso tem se expandido pelo país, e é recomendado como estratégia que permite atuar nas dimensões culturais e sociais a fim de promover a qualidade de vida dessa população. Diante do exposto, esse estudo buscou relatar a experiência vivenciada por um grupo de discentes do Curso de Enfermagem em atividades de educação em saúde voltada aos idosos de um centro de convivência.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência baseado na interação de um grupo de discentes do 6º período do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande com os idosos que participam do Programa Conviver, realizado no período de 16 a 25 de Julho de 2014.

Esse programa é desenvolvido no Centro Municipal de Convivência do Idoso da cidade de Campina Grande-PB. Esse centro foi criado a partir do Programa Conviver e inaugurado no dia 28 de Julho de 2000, porém, desde 2003, vem sendo coordenado pela assistente social Gilma Souto Maior.

Atualmente, o centro conta com 354 idosos cadastrados e encontra-se vinculado à Prefeitura Municipal de Campina Grande, através da Secretaria Municipal de Assistência Social e a Gerência do Idoso. E sua finalidade é a de promover a saúde, a participação e a integração do idoso na sociedade, e possui uma estrutura ampla que conta com 20 compartimentos, dentre esses, uma ampla área verde e de recreação, além de uma piscina.

O centro é um espaço privilegiado de encontro e interações mediadas por ações de promoção à saúde e conta com uma equipe multidisciplinar que oferece atendimentos nas áreas médica, de enfermagem, fisioterapia, psicologia, educação física, assistência social e pedagógica, além de apoio e encaminhamento jurídico. Além disso, são desenvolvidas atividades de reinserção sociocultural e a

promoção da autonomia, bem como a recuperação da autoestima, como: oficinas de artesanato e de educação em saúde, como também, a dança, banda de pífano, coral, jogos de memória e viagens, essas atividades ajudam na socialização, mudanças de hábitos de vida, reabilitação motora e no fortalecimento da memória.

Durante o estágio da disciplina de Saúde do Idoso, os discentes interagiram com os idosos no decorrer das atividades do centro e também desenvolveram oficinas educativas, as quais foram escolhidas de acordo com as necessidades observadas. As oficinas realizadas foram sobre a automedicação, alimentação saudável e lazer.

Resultados e Discussão

A oficina sobre automedicação e os medicamentos foram escolhidos após observação do uso frequente destes, sem prescrição médica, pelos idosos do centro de convivência. Os fármacos mais utilizados foram: Paracetamol, Vitamina C, Captopril, Ácido Acetilsalicílico e Imosec. Esta oficina foi realizada por meio de explanação da funcionalidade de cada medicamento, os riscos da automedicação, bem como os efeitos adversos e o perigo da interação medicamentosa, mas também do conhecimento prévio dos idosos sobre tais medicamentos.

Em outro dia, a oficina foi sobre a alimentação saudável e a escolha foi feita a partir da observância de um número relevante de idosos com sobrepeso e com doenças associadas a esta condição. Nesse encontro foi discutida a necessidade de uma dieta equilibrada e rica em nutrientes a fim de se promover uma vida mais saudável. Essa oficina iniciou com a colagem de figuras dos alimentos em um pirâmide alimentar, levando em consideração a divisão determinada pela pirâmide. Em seguida, foi discutida a importância e a maneira de se fazer alguns sucos funcionais, os quais tinham a finalidade de prevenir doenças, como osteoporose e diabetes *mellitus*, além de aumentar a imunidade. Essa atividade teve uma grande participação e foi avaliada positivamente pelos idosos.

Também foi propiciado mais um momento de lazer, uma sessão cinema, onde os idosos puderam assistir ao filme de comédia, onde um casal de sexos opostos troca de papéis. Durante o filme, os idosos foram questionados como se comportariam sendo do sexo oposto, buscando a compreensão que os dois sexos têm suas particularidades e que estas precisam ser respeitadas. Em todos os dias de estágio, as alunas participaram também dos jogos de memória, juntamente com os idosos, além de interagirem nas oficinas de dança e na banda de Pífano.

Nesse período, foi possível escutar as histórias de vida de alguns idosos e assim compreender todas as particularidades referentes à sua saúde, que não permeiam apenas o aspecto biológico, mas traz à necessidade de uma intervenção que aborde questões referentes ao contexto psicológico e social. Cada integrante da equipe de discentes teve a oportunidade de interagir com um idoso em particular, sob o intuito de conhecer um pouco mais sobre a sua vida, seus receios, expectativas e pensamentos quanto ao processo de envelhecimento, o que possibilitou compreendê-los de uma forma mais ampla e integral.

Conclusão

Os Centros de Convivência da Pessoa Idosa são importantes aliados na promoção à saúde dos idosos, tornando-se uma espécie de porto seguro para os mesmos. Além disso, o local funciona como um instrumento de socialização e educação, pois disponibilizam atividades de educação em saúde norteadas pelo conhecimento científico, porém, repassadas de maneira didática, além de proporcionar diferentes encontros culturais e de lazer, onde os idosos entram em contato com outras pessoas e podem trocar experiências e saberes, acrescentando ainda mais conhecimento às suas vidas, o que favorece a modificação de alguns hábitos de vida.

Nessa ótica, o centro de convivência foi um proporcionador de saberes, pois se demonstrou um instrumento de real importância para a promoção do bem estar físico, psicológico e social da pessoa idosa. Além de ter possibilitado as discentes o desenvolvimento de um olhar crítico e humanizado para essa população, em **senescência** ou senilidade, a fim de atender às necessidades do cliente em sua integralidade e com resolutividade, como também permitiu a desconstrução da visão negativa sobre o idoso.

Referências

ASSIS, M.; **Promoção da Saúde e Envelhecimento**: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI/UERJ [tese]. Rio de Janeiro: *Ensp/Fiocruz*; 2004.

BRASIL. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica: envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

GARCIA, M. A. A.; Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. **Rev Latino em Enferm**. 2006; 142(2): 175-82.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000**. Rio de Janeiro: IBGE; 2002.

PELICIONI, M. C. F.; **Promoção da Saúde e Meio Ambiente**: uma trajetória técnico-política. Barueri, SP: Manole; 2005.

PEREIRA, R. J. ; *et al.* Influência de fatores sociosanitarios na qualidade de vida dos idosos de um município do Sudeste do Brasil. **Cienc Saude Coletiva**; 2010.

VERAS, R.; Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saude Publica**. 2009; 43(3): 548-44.

Agradecimentos

Meus agradecimentos a Gilma Souto Maior, que nos acolheu de forma tão amorosa e nos proporcionou o contato com o grupo de idosos, bem como a todos os idosos e profissionais do Centro de Convivência de Campina Grande - PB. Como também, a professora Gerlane Ângela da Costa Moreira Vieira que nos supervisionou e nos direcionou durante as oficinas que foram realizadas e que resultaram neste relato, obrigada.

PROMOVENDO EDUCAÇÃO EM BIOSSEGURANÇA COM FRENTISTAS NO INTERIOR PARAIBANO

Yanna Gomes de Sousa² (yanna_gomes@yahoo.com.br)

Pakuã Potyguara de Paiva Wanderley Costa² (pakua.pw@bol.com.br)

Erika Pinto do Nascimento Fernandes Pinto³ (erika.pinto@ifpb.edu.br)

Eva Emanuela Lopes Cavalcante Feitosa⁴ (evaemanuela@hotmail.com)

Soraya Maria de Medeiros⁵ (sorayamaria_ufrn@hotmail.com)

Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho¹.

Téclogo em Segurança do Trabalho. Especialista em Higiene Ocupacional²

Engenheira Florestal. Docente Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba³

Enfermeira. Docente do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte⁴

Enfermeira. Doutora. Docente da Universidade Federal do Rio Grande do Norte⁵.

Resumo

Em postos de gasolina a falta de organização no trabalho, riscos aos quais as carência de capacitação, a infra-estrutura inadequada e até ausência de equipamento de proteção individual (EPI) impossibilita os funcionários de tomarem as devidas precauções quanto os risco a que estão expostos. Estes riscos poderiam ser minimizados com a utilização de medidas de organização de trabalho, utilização de EPIs, cursos promovidos por uma equipe multidisciplinar, controles administrativos e exames médicos. O objetivo deste trabalho de foi desenvolver estratégias de atualização sobre biossegurança no ambiente de trabalho para funcionários de postos de gasolina no sertão paraibano. Este trabalho mostrou que os funcionários apresentam um grande interesse, conhecimento mínimo ou médio sobre os aspectos de segurança no ambiente laboral e reconhecem a importância da aplicação de cursos e treinamentos nesta área como uma forma de melhorar o conhecimento e a atuação profissional responsável.

PALAVRAS-CHAVE: Biossegurança, Posto de combustível, Saúde Pública

Introdução

No Brasil, há cerca de 500 mil trabalhadores frentistas que ficam expostos diariamente a agentes nocivos e a riscos de acidentes, na maioria dos casos, em longas jornadas de trabalho e sem fazerem parte de uma política de segurança no trabalho adequada a suas atividades laborais¹

O trabalho dos frentistas situa-se em um contexto do serviço de atendimento ao público. Nesse cenário, contracenam diferentes interlocutores, onde os elementos de cenografia aparecem definidos pela empresa (equipamentos, instrumentos, espaço) e as regras da interação dos sujeitos são preestabelecidas pela organização do trabalho³

O trabalhador frentista de posto de combustível é aquele responsável em atender os clientes que procuram os serviços de fornecimento de combustível, troca de óleo, pequenas limpezas e correlatos entre outros serviços, sendo registrado na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) com o número 4-51.60.

Essa atividade é considerada insalubre, porque os trabalhadores estão expostos a produtos químicos causadores de várias patologias relacionadas ao contato e inalação dessas substâncias nocivas à saúde dos frentistas. Onde a rotina diária dos trabalhadores faz com que eles estejam em contato constante com agentes químicos, o que sugere a obrigação legal de aplicar medidas de proteção coletivas e individuais, a fim de proteger a saúde e a integridade dos colaboradores.

O principal intuito da pesquisa, além de descrever criticamente essa oportunidade, é de contribuir para incrementar essa linha de pesquisa que comprova a veracidade da importância do processo de educação em saúde como ferramenta para redução dos riscos ocupacionais e minimização de agravos a saúde do trabalhador frentista.

RELATANDO A EXPERIÊNCIA VIVENCIADA

Ambiente Laboral: Posto de Combustível

Os postos de combustíveis são ambientes laborais que possuem um alto grau de insalubridade, o que o torna propício para o trabalhador desenvolver problemas de saúde. Isso devido à falta de higiene ambiental ocasionada pelo manuseio de muitos produtos químicos como gasolina, óleo diesel, álcool entre outros vendidos nesses estabelecimentos, como os frentistas trabalham em ritmo acelerado para suprir as necessidades dos clientes e cumprir a meta de trabalho estipulada pelos patrões, ficam com pouco tempo para manter o local de trabalho sempre limpo, tornando-o uma área de risco à saúde desses profissionais.

No Brasil a exposição ocupacional aos solventes orgânicos é um problema de saúde pública, sem notificação e negligenciados pelos administradores de postos de combustíveis¹. A exposição ocupacional a solventes orgânicos é entendida como a possibilidade de contato desses fluidos com a pele, mucosas ou através do sistema respiratório no ambiente de trabalho.

O frentista é o profissional que está constantemente exposto a agente de risco ocupacional, como ruído, calor, produtos químicos, postura inadequada, repetitividade de movimentos e manuseios de equipamentos. Merecendo assim, atenção especial quanto a sua condição geral de vida, buscando sempre orientação médica e realizando exames periódicos na busca de diagnosticar possíveis patologias⁵

Em estudos descritos na literatura foram mencionadas alterações metabólicas e funcionais ocasionadas pela exposição à gasolina, óleo diesel e álcool, em diferentes sistemas biológicos apresentados ao organismo, como respiratório, hepático, reprodutor, nervoso, renal, hematológicos, ópticos, imunológicos, de desenvolvimento, e outros, podendo até a levar ao câncer e a morte.

A exposição acima dos limites de tolerância causa uma patologia denominada benzenismo, que é definida como um conjunto de sinais, sintomas e complicações, decorrentes da exposição aguda ou crônica ao hidrocarboneto aromático, benzeno. As complicações podem ser agudas, quando de exposição a altas concentrações com presença de sinais e sintomas neurológicos, ou crônicas, com sinais e sintomas clínicos diversos, podendo ocorrer complicações a médio ou em longo prazo, localizado principalmente no sistema hematopoético¹

A experiência a ser descrita aqui, foi vivenciada por uma enfermeira especialista em enfermagem do trabalho, que durante as visitas realizadas aos postos de gasolina com um discente do curso de técnico de segurança do trabalho, o qual desenvolveu um trabalho sobre monitoramento biológico avaliando o risco de intoxicação pelo benzeno através do marcador ácido transmuconico em frentistas, identificamos a ausência de Equipamentos de Proteção Individual – EPI durante a jornada de trabalho. Sabemos que a carência de

capacitação, a infra-estrutura inadequada e até ausência de equipamento de proteção individual (EPI) impossibilita os funcionários de tomarem as devidas precauções quanto aos riscos a que estão expostos.

Esse fato que nos levou, enquanto pesquisadores, a investigar e dar resolutividade ao problema identificado no setor de trabalho destes profissionais. Esse procedimento foi mais bem evidenciado a partir do ano de 2013, visto que nesse período foi vislumbrada a necessidade de uma estratégia eficaz para redução de agravos nesse referido grupo.

Para tanto, traçamos algumas estratégias de atualização do conhecimento destes profissionais, assim as estratégias de atualização foram delineadas e aplicadas para abordar aos funcionários informações impactantes sobre os principais temas em biossegurança no ambiente de trabalho, mais precisamente no posto de gasolina.

A estratégia elegida pelos participantes foi à aplicação de cursos de atualização. A aplicação das orientações foram realizadas mediante prévio acordo entre os solicitantes (gerente dos postos de gasolina) e os divulgadores (alunos selecionados do curso técnico de segurança do trabalho sob orientação).

A partir do exposto, através do processo de ação- decisão- ação, dividimos a cidade por distritos geo-administrativos, em quatro, modelo utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde para divisão das estratégias de saúde da família –ESF, implantou-se um procedimento que realizou-se da seguinte forma, a cada quinze dias, reunimos os frentistas do território do distrito geo administrativo de abrangência para serem orientados quanto as formas corretas de segurança no trabalho.

Iniciativas como estas tomadas pelo projeto contribuem significativamente para o melhor entendimento das normas e classificações para prevenção de acidentes os quais os frentistas estão expostos, bem como facilita a implantação de novas estratégias de biossegurança para prevenção de acidentes como a aplicação de mapas de risco.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um primeiro impacto que pode ser citado como resultado deste projeto é o resgate dos conhecimentos e interesse pela biossegurança no ambiente de trabalho para os funcionários participantes. Esse tipo de resultado é de grande importância uma vez que contribuiu para o estabelecimento de estratégias de prevenção de acidentes e, conseqüentemente, para melhoria das condições de trabalho desses profissionais da área da saúde.

Ademais, os resultados desse projeto estão contribuindo para o enriquecimento da literatura científica que apresenta uma carência por artigos relacionados a biossegurança em postos de gasolina, bem como o desenvolvimento de discentes e docentes na prática de saúde ocupacional, ressaltando a importância deste tipo de iniciativa.

Referências

1.CERQUEIRA G. S. ARRUDA, V. F. APF, OLIVEIRA TL, V. TC e MARIZ S.R. Dados da exposição ocupacional aos agrotóxicos em um grupo assistido por uma unidade básica de saúde na cidade de cajazeiras, PB. **Rev. Intertox de Toxicologia, Risco Ambiental e Sociedade**, v. 3, n. 1 Nov/Fev, 2010.

2.MASTROENI, M. F. **Biossegurança aplicada a laboratórios e serviços de saúde**. São Paulo: Editora Atheneu, 2º ed. 2006.

3.NAVARRO, V.L. **O Trabalho e a saúde do trabalhador nas indústrias**. Perspectiva. v.17(2): 2, 2003

4.NETO, F. O. **O trabalho de campo como descoberto e criação**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

5.OLIVEIRA, J. B. C.; OLIVEIRA, C. A. D. **Manual Prático de Saúde e Segurança do Trabalho**. Editora Yendis, São Paulo, 2009.

6. OGA, Seize; CAMARGO, Márcia M. A.; BATISTUZZO, José A. **O. Fundamentos de Toxicologia**. 3 ed. Editora Atheneu. P. 620-635, 2008.

PROMOVENDO O CUIDADO AO PACIENTE VITIMA DE QUEIMADURAS POR CHOQUE ELÉTRICO: UM ESTUDO DE CASO

Gilmara de Lucena Beserra – Centro Universitário Estácio do Ceará gilmaralucenaa@gmail.com

Maria Eliane Maciel de Brito– Centro Universitário Estácio do Ceará / Instituto Dr. José Frota (IJF)

Edmar Maciel Lima Júnior – Instituto Dr. José Frota (IJF)

Bruna Michelle Belém Leite Brasil – Centro Universitário Estácio do Ceará

Palavras-chave: Queimaduras. Enfermagem. Cuidado. Unidades de Queimados.

Resumo

A queimadura se caracteriza por ser uma lesão de um tecido produzida pelo efeito do calor, decorrente de líquidos quentes, substâncias químicas ou da eletricidade, que pode ser resultado da ação direta ou indireta do calor sobre o organismo humano. Segundo Lima Junior et al. (2008) as queimaduras elétricas correspondem entre 5 a 15% dos casos de queimaduras, sendo na sua maioria associado a acidentes de trabalho. O presente estudo tem como objetivo descrever a assistência de enfermagem prestada a um paciente queimado vítima de choque elétrico.

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo estudo de caso com abordagem qualitativa. Foi realizado em um Centro de Queimados (CTQ) de um hospital de atenção terciária no município de Fortaleza-Ceará referência em trauma, desenvolvido no período de maio a julho de 2014. O sujeito do estudo foi uma vítima de choque elétrico por acidente de trabalho. No internamento encontrava-se inconsciente, com queimadura nas seguintes áreas: dorso, nádega direita, membro inferior direito e coxa esquerda. A.V.A.M, sexo masculino, 21 anos, autônomo, foi admitido na unidade hospitalar no dia 03.05.14. O paciente relatou ter sofrido choque elétrico por acidente de trabalho. Dentre os diagnósticos de enfermagem estabelecidos está o Padrão Respiratório Ineficaz, a Ansiedade e a Dor Aguda relacionada a agentes lesivos físicos. Conclui-se que o enfermeiro apresenta papel fundamental no processo de recuperação do paciente vítima de choque elétrico. Promover o cuidado holístico da vítima é um dos papéis fundamentais que a equipe de enfermagem deve desenvolver com êxito durante o tratamento.

Introdução

A queimadura se caracteriza por ser uma lesão de um tecido produzida pelo efeito do calor, decorrente de líquidos quentes, substâncias químicas ou da eletricidade, que pode ser resultado da ação direta ou indireta do calor sobre o organismo humano. De acordo com a profundidade da lesão, a queimadura pode ser de primeiro grau, quando a pele atingida fica hiperemiada, dolorosa, inchada, e não ocorre formação de bolhas; de segundo grau, quando causa lesão profunda, atingindo parcialmente a derme, formando bolhas na pele, com

base vermelha ou branca, contendo um líquido claro e espesso, dolorosa ao tato e de terceiro grau, quando produz lesão mais profunda, atingindo totalmente a derme e alguns tecidos subjacentes, na qual a área queimada perde a sensibilidade ao tato e, normalmente, são indolores, porque as terminações nervosas da pele são destruídas (OLIVEIRA et al. 2009).

No Brasil, de acordo com a Sociedade Brasileira de Queimaduras acontece um milhão de casos a cada ano, dos quais 200 mil são atendidos em serviços de emergência e 40 mil demandam hospitalização. Cerca de um milhão de reais por mês é o valor gasto pelo Ministério da Saúde com a internação destes pacientes. As queimaduras estão entre as principais causas externas de morte registradas no Brasil, perdendo apenas para acidentes de transporte e homicídios (OLIVEIRA et al. 2009).

Ainda que o prognóstico para o tratamento da queimadura tenha melhorado nos últimos anos, ela ainda configura uma importante causa de mortalidade, além de resultar em morbidade pelo desenvolvimento de sequelas como: a incapacidade funcional, principalmente quando atinge os membros superiores e inferiores; as deformidades, sobretudo da face; as sequelas de ordem psicossocial e, dependendo da localização, as queimaduras podem ainda causar danos neurológicos, oftalmológicos e geniturinários (VALE, 2012).

Segundo Lima Junior et al. (2008) as queimaduras elétricas correspondem entre 5 a 15% dos casos de queimaduras, sendo na sua maioria associado a acidentes do trabalho, onde predominam as lesões com alta voltagem (acima de 1.000 volts), em pacientes do sexo masculino. Pacientes vítimas destes acidentes evoluem com elevado grau de morbidade e mortalidade, com alta incidência de amputações e distúrbios neurológicos, queda da qualidade de vida e baixo índice de retorno ao trabalho anterior, onde 5 a 32% não retornam a qualquer tipo de trabalho. As taxas de mortalidade variam de 2 a 15%, nos mais diversos centros de queimados.

O tratamento dessas vítimas exige uma equipe interdisciplinar treinada e dedicada, sendo necessária a padronização de condutas clínicas e cirúrgicas. A assistência de enfermagem envolve o cuidado com a lesão, controle hidroeletrólítico, da dor e prevenção de infecção.

Durante a fase inicial o cuidado envolve a manutenção de um acesso venoso pérvio, o controle da diurese horária da vítima, no sentido de minimizar e ou prevenir a lesão renal. A conduta no curativo e limpezas cirúrgicas precoces favorece o controle de infecção hospitalar, permitindo a diminuição das complicações clínicas por infecção, porém fazem-se necessários criar rotinas e protocolos pré-estabelecidos para o grupo de enfermeiros prestarem esse cuidado.

No controle da dor a equipe de enfermagem é considerada fundamental no cuidado aos pacientes por sua aproximação a estes. Segundo Silva e Ribeiro (2011) existem evidências de que o prognóstico do quadro algico de pacientes queimados depende da maneira como sua dor é levada em consideração pela equipe.

Para o grupo de enfermagem que cuidada de pacientes queimados vítimas de choque elétrico é indispensável compreender a dor desses indivíduos, pois esta pode ter como consequência o restabelecimento da analgesia, ou, por outro lado, tornar a dor traumática do ponto de vista psicológico além de crônica.

A assistência de enfermagem sistematizada e individualizada aos pacientes que sofreram trauma por descarga elétrica permitirá uma melhor qualidade do cuidado, além de garantir a segurança durante as condutas clínicas e cirúrgicas, sendo assim necessário que sejam protocolos de atendimento e que esses sejam regularmente discutidos pelo grupo de enfermagem dos centros de tratamento de queimados. Assim, este estudo objetivou descrever a assistência de enfermagem prestada a um paciente queimado vítima de choque elétrico.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo estudo de caso com abordagem qualitativa. Foi realizado em um Centro de Queimados (CTQ) de um hospital de atenção terciária vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), no município de Fortaleza-Ceará com referência em trauma. Foi desenvolvido no período de maio a julho de 2014. O sujeito do estudo foi uma vítima de choque elétrico por acidente de

trabalho. No internamento encontrava-se inconsciente, com queimadura nas seguintes áreas: dorso, nádega direita, membro inferior direito e coxa esquerda. A coleta de dados foi realizada através de fichas contendo as variáveis: identificação da vítima, classificação de queimaduras, escala de Dor Comportamental Observacional (EDCO), controle hidroeletrólítico, de procedimentos invasivos e exames laboratoriais. Este estudo obedeceu aos princípios contidos na resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, referente à pesquisa com seres humanos. O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/IJF e foi aprovado com o protocolo 321464.

Resultados e Discussão

A.V.A.M, sexo masculino, 21 anos, autônomo, residente no município de Itatira, foi admitido na unidade hospitalar no dia 03.05.14 inconsciente e com as seguintes áreas queimadas: dorso, nádega direita, membro inferior direito e coxa esquerda. O paciente relatou ter sofrido choque elétrico por acidente de trabalho, o mesmo afirmou que estava instalando uma antena rural e encostou as costas em um fio de alta tensão. O paciente relatou que não usava nenhum equipamento de proteção no momento do acidente, pois a empresa não disponibilizava. Classificação das Queimaduras: 2º e 3º Grau. Superfície Corporal Queimada (SCQ): 25%. Ponto de entrada do choque: dorso e nádega D. Ponto de saída do choque: MID. Voltagem da corrente elétrica: 13.800 V. Tempo entre o acidente e o atendimento médico: três horas. Tempo entre o acidente e a internação: cinco horas. O paciente se submeteu a seis debridamentos no CC, sendo uma amputação (MID a nível da coxa). Também foram realizadas duas fasciotomias em MID. O paciente passou por duas cirurgias reconstrutivas. O paciente iniciou tratamento dia 09/07/2014 no I.A.Q. (Instituto de Apoio ao Queimado). 1ª. Cirurgia debridamento: Debridamento cirúrgico em nádega D, data: 06.05.2014. 2ª. Cirurgia debridamento: Debridamento cirúrgico em dorso, data: 09.05.2014. 3ª. Cirurgia debridamento: Amputação MID a nível da coxa, data:12.05.2014. 4ª. Cirurgia debridamento: Debridamento cirúrgico em coto MID, dorso, nádega D e ombro D, data: 13.05.2014. 5ª. Cirurgia debridamento: Debridamento cirúrgico em ombro D, nádega D e dorso, data: 16.05.2014. 6ª. Cirurgia debridamento: Debridamento cirúrgico em ombro D, dorso, nádega D e coto MID, data: 20.05.2014. Foram realizadas duas cirurgias de reconstrução; 1ª. Cirurgia de Reconstrução (27.05.2014), tipo de cirurgia: Enxertia de pele em ombro D, dorso, nádega D, coto MID. 2ª. Cirurgia de Reconstrução (10.06.2014), Tipo de cirurgia: Enxertia de pele em dorso. Retirado pele do braço D, dorso. Após aplicação da sistematização da assistência de enfermagem foi estabelecido os seguintes diagnósticos de enfermagem: Risco De Desequilíbrio Na Temperatura Corporal, Fatores de Risco: taxa metabólica alterada, medicamentos que causam vasodilatação e trauma que afeta a regulação da temperatura; Comunicação Verbal Prejudicada relacionada a condições emocionais e alteração na autoestima, caracterizada por dificuldade de expressar verbalmente os sentimentos; Integridade Tissular Prejudicada relacionada a fatores mecânicos (choque elétrico) e mobilidade física prejudicada, caracterizada por tecido destruído e tecido lesado; Dor Aguda relacionada a agentes lesivos físicos, caracterizada por evidencia observada de dor e relato verbal de dor; Risco de Aspiração, Fator de Risco: Alimentação por sonda; Padrão Respiratório Ineficaz relacionado a ansiedade e dor, caracterizado por alterações na profundidade respiratória. Risco de Infecção, Fatores de Risco: Defesa primária inadequada (pele rompida, tecido traumatizado), procedimentos invasivos e trauma; Distúrbio na Imagem Corporal relacionado a lesão e cirurgia caracterizado por verbalização de mudança no estilo de

vida, perda de parte do corpo, preocupação com a perda; Ansiedade caracterizada por Estresse, ameaça de autoconceito e associação familiar. Dentre os procedimentos realizados pela equipe de enfermagem estava sondagem vesical de demora, sondagem nasointestinal, punção de acesso venoso periférico, troca de acesso (Motivo da troca: infiltração), controle hídroeletrolítico e balanço hídrico.

Conclusão

Na conclusão do estudo conclui-se que o enfermeiro apresenta papel fundamental no processo de recuperação desse paciente vítima de choque elétrico. Queimaduras causadas por acidentes de trabalho são lesões recorrentes e quando não levam o paciente a óbito produzem grande sofrimento físico e requerem tratamentos que podem durar meses ou mesmo anos, além disso, podem causar sequelas físicas e psicológicas.

Os cuidados de enfermagem prestados ao paciente vítima de queimaduras é complexo, necessita-se de uma abrangência de conhecimentos técnicos e conhecimentos científicos, objetivando assim diminuir a taxa de mortalidade, o período de internação, o tratamento e as complicações, bem como promover o retorno desse paciente e a sua reintegração na sociedade e no mercado de trabalho.

Promover o cuidado holístico da vítima, estabelecer prioridades no período de reabilitação e iniciar intervenções necessárias a esse paciente são atitudes que a equipe de enfermagem deve exercer com êxito no processo de tratamento ao grande queimado, utilizando como ferramenta de cuidado a sistematização da assistência. O primeiro atendimento prestado ao paciente envolve a participação de uma equipe multiprofissional, que abrange o enfermeiro, a atuação do profissional de enfermagem é de extrema importância, pois são os primeiros cuidados prestados a esse paciente que constitui um ponto relevante no resultado final do tratamento, colaborando para redução de sequelas e mortalidade.

Referências

Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014; trad. Regina Machado Garcez – Porto Alegre: Artmed, 2013.

LIMA JÚNIOR, E.M.; NOVAES, F.N.; PICCOLO, N.S.; SERRA, M.C.V.F. Tratado de Queimaduras no Paciente Agudo. São Paulo: Ed. Atheneu, 2008, p. 333.

OLIVEIRA, F.P.S.; FERREIRA, E.A.P.; CARMONA, S.S. Crianças e adolescentes vítimas de queimaduras: caracterização de situações de risco ao desenvolvimento. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 19, n. 1, abr 2009.

SILVA, B.A.; RIBEIRO, F.A. Participação da equipe de enfermagem na assistência à dor do paciente queimado. **Rev Dor. São Paulo**. v. 12, n. 4, p. 342-348, 2011.

VALE, E.C.S. Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. *Anais brasileiros de dermatologia*, v. 80, n. 1, jan 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 1 de ago. de 2014.

Agradecimentos

Primeiramente a Deus, mestre de todos os mestres, pela sua presença constante em nossas vidas e pelo auxílio nas nossas escolhas. Às queridas professoras Maria Eliane Maciel de Brito e Bruna Michelle Belém Leite pela acolhida, compreensão e disponibilidade em repassar todos seus conhecimentos e principalmente por contribuírem nesse processo de formação. Deixamos expressos também nossos sinceros agradecimentos à equipe de profissionais do Centro de Queimados (CTQ) do Instituto Dr. José Frota (IJF) por colaborarem nesse estudo.

PROMOVENDO O ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL EM UM GRUPO DE IDOSOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Raissa Mont' Alverne Barreto – Universidade Estadual Vale do Acaraú. Raissinha_@hotmail.com
Lumma Rodrigues Olavo - Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA.
Luciana Maria Montenegro Santiago - Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA.

Palavras-chave: Enfermagem. Envelhecimento. Promoção da Saúde.

Resumo

O estudo objetivou relatar a experiência de acadêmicas de enfermagem em uma abordagem grupal com 28 idosos assistidos pela Unidade Básica de Saúde localizada em Sobral, Ceará em novembro de 2013. A ação foi composta por cinco fases: observação, planejamento, acolhimento, desenvolvimento e avaliação. Foram feitas atividades e dinâmicas com os idosos de acordo com suas principais necessidades, enfocando a promoção de um envelhecimento saudável, na qual foi possível por meio da participação ativa e de diálogos dos participantes, abordar assuntos como, alimentação saudável, prática de exercícios físicos, apoio familiar, importância da participação de grupos, lazer e a importância do autocuidado. A partir da experiência vivenciada, percebeu-se a importância da implantação de ações referentes à promoção da saúde do idoso, despertando o interesse dessa população para a manutenção de um estilo de vida saudável e propiciando assim, uma melhor qualidade de vida na. Por fim, a Enfermagem possui um inefável poder de criatividade na execução do cuidado, tanto individual quanto em grupo, utilizando estratégias que favorecem a alegria e o bem-estar. Nesse sentido, estratégias devem ser estimuladas para a promoção da saúde, em especial, na terceira idade.

Introdução

Profundas mudanças vêm ocorrendo na estrutura etária da população, caracterizada pela acentuada longevidade e atribuída às melhores condições de vida das pessoas, em especial no que se refere ao acesso às novas tecnologias de atendimento à saúde. Destaca-se o aumento do número de pessoas com 80 anos ou mais, sendo essa a faixa etária de maior crescimento (MARIN et al., 2008).

As alterações a que os idosos são submetidos são consideradas naturais, gradativas e gerais. É também um processo universal e irreversível, que se acelera na maturidade e provoca uma perda progressiva no organismo (OLIVEIRA et al., 2009).

Quando se trata da atenção à saúde da pessoa idosa, a sua finalidade principal é conseguir manutenção de um bom estado de saúde para que essa pessoa possa alcançar um máximo de vida ativa, no ambiente em que está inserida, juntamente com sua família, com autonomia e independência física, psíquica e social (SANTOS et al., 2008).

Durante o processo de envelhecimento percebem-se diversas perdas, naturais do ciclo de vida, que culminam na velhice e em maior fragilidade do ser idoso, dificultando ações de saúde previstas pelas políticas públicas, não sendo observadas as reais necessidades e dificuldades dessa parcela da população, com características tão específicas (SANTOS et al., 2008).

A promoção da saúde é vista como um processo de capacitação da comunidade, visando à melhoria de suas condições de vida e saúde. As ações de promoção resultam da combinação de ações do Estado nas respectivas políticas públicas de saúde, das ações comunitárias, de ações dos próprios indivíduos para o desenvolvimento das suas habilidades e de intervenções para as ações conjuntas intersetoriais. Nesse contexto, justifica-se a realização de uma ação com um grupo de idosos pela necessidade de intervir através de uma abordagem grupal visando à promoção da saúde na terceira idade por meio de estratégias que estimulam a prática de exercício físico, alimentação saudável, autocuidado, autoestima e autovalorização.

Dessa forma, espera-se que essa ação seja feita na perspectiva de despertar o interesse e a vontade dos idosos participantes do grupo em manter hábitos saudáveis e cuidar da saúde, a fim de prevenir agravos e doenças físicas e psíquicas, sendo possível assim, proporcionar um envelhecimento saudável e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida.

Nesse sentido, esse estudo objetivou relatar a experiência de acadêmicas de enfermagem em uma abordagem grupal com idosos assistidos pela Unidade Básica de Saúde do bairro Junco localizado no município de Sobral, Ceará.

Metodologia

É um estudo de caráter descritivo, do tipo relato de experiência. Os relatos de experiência são tidos como metodologias de observação sistemática da realidade, sem o objetivo de testar hipóteses, mas estabelecendo relações entre os achados dessa realidade e bases teóricas pertinentes (DYNIEWICZ, 2009).

A abordagem com grupos de acordo com Afonso e outros colaboradores (2009) mostra que a percepção e a aprendizagem ocorrem no contexto de um campo grupal que é, por sua vez, articulado a um campo social. A dinâmica dos grupos inclui os processos de formação de normas, comunicação, cooperação e competição, divisão de tarefas e distribuição de poder e liderança.

Os sujeitos foram 28 idosos participantes de um grupo, intitulado como Sagrada Família, moradores do Bairro do Junco e áreas adjacentes, usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF) Dr. Estevam Ferreira da Ponte. Esses idosos são de faixa etária entre 60 a 96 anos de idade. A reunião grupal tem uma frequência semanal, que ocorrem às quartas-feiras, às 15:30h, na Igreja Sagrada Família, localizado no próprio bairro. Este grupo é coordenado por uma enfermeira que atua na referida ESF e acompanhado pela equipe multiprofissional do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

A ação foi composta por cinco fases: observação, planejamento, acolhimento, desenvolvimento e avaliação.

De início, a equipe fez uma visita ao grupo para conhecimento, observação e interação com as pessoas que o frequentam no sentido de desenvolver um diário de campo para contribuição do desenvolvimento do relato da ação, correspondendo assim, a fase de observação.

Logo em seguida, foram levantadas as necessidades dos idosos por meio de perguntas com a finalidade de definir um tema escolhido por eles, o qual seria abordado no próximo encontro. Foi então decidido fazer uma junção de várias temáticas, abordando envelhecimento saudável, dando ênfase à importância da prática de exercícios regulares, alimentação saudável e um bom relacionamento social, sendo essa, a fase de planejamento.

De acordo com o tema escolhido, preparamos uma dinâmica de apresentação, para melhor conhecimento, interação e socialização dos participantes, acadêmicos e profissionais, configurando-se a fase de acolhimento.

Em uma segunda dinâmica, realizamos um jogo da memória com figuras que representam o tema, em que cada par feito foi possível estimular a capacidade cognitiva dos idosos e criar um debate de acordo com o significado de cada figura, associando à importância da realização de hábitos saudáveis na terceira idade, a qual foi considerada como fase de desenvolvimento.

No decorrer da ação foi feito outro diário de campo contendo a descrição do que estava acontecendo no momento de forma a auxiliar na contribuição do desenvolvimento do relato da ação de promoção à saúde.

No final do encontro, foi realizada a dinâmica do repolho que continham perguntas relacionadas a hábitos saudáveis, e algumas prendas para contribuir com a interação do grupo, correspondendo assim, a fase de avaliação.

Resultados e Discussão

Em idosos, em particular, a convivência em grupo é importante para um perfeito equilíbrio biopsicossocial, reduzindo ou removendo conflitos pessoais e ambientais, facilitando a socialização e oferecendo suporte social para enfrentar as dificuldades que surgem com o envelhecimento. (VICTOR, 2007).

A ação de promoção à saúde dos idosos foi realizada em dois encontros, nos dias 13 e 20 de Novembro de 2013. O primeiro encontro constou com um momento de apresentação, onde nós acadêmicas, nos apresentamos e explicamos para o grupo o objetivo e a finalidade do nosso trabalho, momento esse importante, uma vez que nos permitiu uma maior aproximação com os idosos.

Foi também nesse primeiro encontro, que pudemos levantar as principais necessidades do grupo, tendo em vista a escolha e delimitação da temática a ser abordada, e de acordo com as suas falas, decidimos trabalhar com a temática “Envelhecimento Saudável”, uma vez que é um tema abrangente, no qual podemos por meio da participação ativa e de diálogos dos participantes, abordar assuntos como, alimentação saudável, prática de exercícios físicos, apoio familiar, importância da participação de grupos, lazer e a importância do autocuidado.

Esse encontro possibilitou uma maior interação com o grupo e o início de um vínculo para a construção de uma relação de confiança, estimulando-os assim, para a inserção e permanência no grupo.

O segundo encontro iniciou com o momento de acolhimento, onde foi feita uma roda de louvor, que já era uma prática rotineira do grupo, o que permitiu que todos cantassem e se movimentassem. Em seguida foi feita uma oração dedicada a um participante do grupo que havia falecido. No segundo momento realizamos a dinâmica de apresentação, onde em um grande círculo cada um falou seu nome e um animal que gostariam de ser, logo após tinham que falar o nome e o animal que seu colega ao lado havia escolhido.

Essa dinâmica teve como objetivo quebrar um pouco o “gelo” e estreitar relações dentro do grupo, como também trabalhar a memorização dos nomes e animais escolhidos pelos participantes. Ao longo da atividade percebemos que alguns idosos sentiam um pouco de dificuldade ao lembrar do animal que o colega ao lado havia escolhido, porém foi bastante proveitosa, uma vez que eles riam, faziam brincadeiras uns com outros e estimulavam suas capacidades cognitivas.

De acordo com Victor (2007), na terceira idade, as atividades sociais constituem aberturas para o estabelecimento de novos canais de comunicação entre as pessoas. O engajamento em atividade de grupo, tem mostrado mudanças no comportamento dos idosos, principalmente, no círculo de amizade, que é ampliado, contribuindo assim, para romper situações de solidão.

No segundo momento, realizamos a dinâmica do “jogo da memória”, onde foram distribuídas doze figuras nas paredes cada um com um número e pedido que eles achassem seus pares. Cada figura representava uma situação como, idosos sorrindo com suas famílias,

dançando, caminhando, reunidos com outros idosos, cuidando-se e alimentando-se saudavelmente. De acordo com cada figura virada, ou com cada par formado, pedíamos que eles comentassem algo ou falassem da importância das situações retratadas na figura, afinal eram situações que faziam parte do cotidiano deles. No começo da atividade houve resistência, mas aos poucos eles foram contribuindo e começaram a interagir mais uns com os outros, tornando a dinâmica mais divertida e interessante para a construção dos seus conhecimentos.

Na fase do envelhecimento a memória tende a ficar mais lenta e muitas vezes até falhar, e com o “Jogo da memória” foi possível estimular o raciocínio e desenvolver a capacidade de observação e concentração dos participantes, bem como analisar a percepção deles em relação às situações retratadas nas figuras, estimulando-os a manter hábitos saudáveis e cuidar da sua própria saúde.

No terceiro momento realizamos a dinâmica do “repolho” correspondendo à fase de avaliação, traduzindo-se como uma etapa importante do trabalho de grupo, na qual foi feita uma avaliação coletiva que contribuiu para o processo de validação dos resultados alcançados.

Na dinâmica do repolho foram elaboradas perguntas relacionadas a diversos temas tais como, hábitos saudáveis, sentimento deles em relação ao grupo e suas percepções acerca da ação, e no meio dessas perguntas havia algumas surpresas como, escolher alguém pra dançar, fazer alongamento, dentre outras. Essas perguntas eram escritas em cada folha de papel e enroladas uma após outra, formando uma bola, assemelhando-se a um repolho.

A dinâmica iniciou com uma música bem animada, e o repolho foi passando de mão em mão, e quando parava a música, quem estivesse com o repolho na mão retirava a primeira folha, lia e respondia a pergunta. Essa atividade teve como objetivo mensurar de forma criativa o nível de conhecimento dos idosos em relação a determinado assunto, como também avaliar a eficácia da nossa ação.

A participação de idosos em atividades em grupo, representa um aspecto diferencial, no rumo de suas histórias de vida, pois favorece a vivência de um estado de plenitude e bem-estar, que possibilita um reforço em seu sentido existencial, ajudando a perceber seu futuro como uma história em construção (VICTOR, 2007).

No quarto momento entregamos para cada participante, carinhas felizes e tristes e estas foram erguidas de acordo com o sentimento transmitido por eles após a realização da ação, e todos levantaram a carinha feliz, demonstrando assim, que a ação foi satisfatória.

Para o encerramento da ação, propusemos um abraço coletivo, no qual foi evidenciada a união e a relação de respeito que havia entre eles. Ao final agradecemos todos os idosos pela participação, como também aos coordenadores do grupo que muito contribuíram para que a ação fosse realizada de forma eficaz e gratificante, uma vez que houve uma troca de aprendizagem e experiências entre os idosos, profissionais presentes e acadêmicas de enfermagem.

Conclusão

A partir da experiência vivenciada, percebeu-se a importância da implantação de ações referentes à educação em saúde para idosos, despertando o interesse para a manutenção de um estilo de vida saudável, sendo possível assim, propiciar uma melhor qualidade de vida e um envelhecimento saudável.

Vale ressaltar também, que essa ação proporcionou uma maior motivação dos idosos para a permanência no grupo o qual estão inseridos, como também, o conhecimento sobre assuntos diversos que fazem parte do cotidiano deles e garantir a práticas de hábitos saudáveis.

Por fim, a Enfermagem possui um inefável poder de criatividade na execução do cuidado, tanto individual quanto em grupo, utilizando estratégias que favorecem a alegria e o bem-estar. Nesse sentido, estratégias devem ser estimuladas para a promoção da saúde, em especial, na terceira idade.

Referências

MARIN, M.J.S; MARQUES, A.P.M.F; FERES, B.O.M; SARAIVA, A.K.H; DRUZIANE, S. **A atenção à saúde do idoso: ações e perspectivas dos profissionais**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. v.11 n.2 Rio de Janeiro 2008.

OLIVEIRA, D.V; BENEDETI, M.R; MORALES, R.C; FARIA, T.G. **Análise da capacidade funcional de idosos institucionalizados à partir da auto-avaliação**. Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP, Campinas, v. 7, n. 2, p. 79-95, maio/ago. 2009.

SANTOS, S.S.C; BARLEM, E.L.D; SILVA, B.T; CESTARI, M.E; LUNARDI, V.L. **Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogeriatrica**. Acta Paul Enferm 2008;21(4):649-53.

VICTOR, J.F; VASCONCELOS, F.F; ARAÚJO, A.R; XIMENES, L.B; ARAÚJO, T. **Grupo Feliz Idade: cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade**. Rev Esc Enferm USP, 2007; 41(4):724-30.

PROMOVENDO SAÚDE A PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS EM CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM SOBRAL-CE.

Lidiane Almeida Moura – Universidade Estadual Vale do Acaraú lidianealmeidamoura@hotmail.com

Isa Carolina Ximenes Dias (Orientador) – Universidade Estadual Vale do Acaraú

Leidiana do Nascimento – Universidade Estadual Vale do Acaraú

Palavras-chave: Doenças Crônicas, Grupo de Convivência, RMSF, Cuidado em Saúde.

Resumo

Este trabalho tem como objetivo relatar a experiência de profissionais discentes do curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família – RMSF e acadêmicos do curso de Educação Física com integrantes de um grupo de convivência de portadores de doenças crônicas. Percebeu-se que ao promover espaços de Educação em Saúde, contextualizando de forma leve e prazerosa sobre temas vivenciados pelos usuários e proporcionar o diálogo entre o profissional e o usuário produzindo vínculos são formas de promover o cuidado em saúde, pois através de grupos de convivência pode ser proporcionado o bem-estar ao participante e contribuir para que ele vivencie trocas de experiências, propiciando conscientização para a importância do auto cuidado (KRAUSE e SILVA, 2006)

Introdução

O envelhecimento é um processo natural e inato do desenvolvimento humano como de qualquer espécie de ser vivo. Segundo Clark e Siebens, o envelhecimento, uma parte integrante da vida, é tipicamente acompanhado por alterações fisiológicas graduais, porém progressivas, e por um aumento na prevalência de enfermidades agudas e crônicas. E é nesta fase da vida que aparecem sinais que podem interferir nas habilidades e modo de vida de cada indivíduo.

Com o aumento da idade média da população brasileira veio associado a esse fator os maus hábitos alimentares e o sedentarismo, gerando consequentemente o sobrepeso, trazendo assim uma mudança do perfil de morbidade do país, principalmente por doenças crônicas.

A hipertensão arterial (HA) e diabetes mellitus (DM) fazem parte de uma classe de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), representando, de forma mútua, uma das principais causas de óbitos em todo o país. São as doenças crônicas mais comuns, cujo tratamento e controle exigem alterações de comportamento em relação à dieta, ingestão de medicamentos e prática regular de exercício físico. Estas alterações podem comprometer a qualidade de vida, se não houver orientação adequada quanto ao tratamento ou o reconhecimento da importância das complicações que decorrem destas patologias.

Diante desse contexto o Ministério da Saúde desenvolveu um plano de reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e ao Diabetes Mellitus (DM), no ano de 2000, e com ele iniciou-se a inscrição nacional destes indivíduos no Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia) e Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para a HAS e o DM.

O controle metabólico rigoroso, associado a medidas preventivas e curativas relativamente simples, é capaz de prevenir ou retardar o aparecimento das complicações crônicas do diabetes mellitus, resultando em melhor qualidade de vida ao indivíduo diabético. Da mesma

forma, o controle da hipertensão arterial resulta na redução de dano aos órgãos-alvo. Para o controle de ambas as patologias, são necessárias medidas que envolvem mudanças no estilo de vida do indivíduo. (Malfatti e Assunção, 2011).

Diante disso o Sistema Único de Saúde (SUS) tem dado suporte a esses indivíduos diagnosticados com essas patologias, fornecendo o tratamento e medidas de prevenção e cuidado através de momentos de Educação em Saúde, discutindo a importância do cuidado, não apenas com o tratamento medicamentoso, mas mostrando a importância de manter uma tríade com o uso do medicamento, dieta equilibrada e prática regular de exercício físico.

Como aspectos essenciais ao processo de viver de pessoas com DM e HÁ o apoio dos familiares, de pessoas próximas, de instituições e entidades, favorece a assimilação e a acomodação das mudanças na rotina de vida diária. Esse suporte inclui o apoio emocional, prático, material e/ou financeiro e o aconselhamento.

As estratégias de promoção da saúde voltadas para um viver melhor, devem ser implementadas, sendo essencial o desenvolvimento de suporte social às pessoas. Assim como também a Educação em Saúde é um importante aspecto que participa do processo de viver saudável. A compreensão desse processo como um ato de compartilhamento de saberes e experiências entre o Profissional e o usuário, vivenciando na prática a busca conjunta de soluções para as questões, gera uma nova perspectiva. (Silva, 2007).

Através de Grupos de Convivência também é ofertado o cuidado pelas Equipes de Saúde para usuários do SUS portadores de Hipertensão e Diabetes, proporcionado bem-estar ao participante e contribuindo para que ele vivencie trocas de experiências, propiciando conscientização para a importância do autocuidado (KRAUSE e SILVA, 2006).

Atividades de lazer e convivência em grupo, segundo Pena e Santo (2006), contribuem tanto para manutenção do equilíbrio biopsicossocial do indivíduo, quanto para amenizar possíveis conflitos ambientais e pessoais.

Observa-se então a importância da promoção de ações de Educação em Saúde, visando reduzir custos terapêuticos, e incentivando a prática de hábitos saudáveis para a garantia de melhor qualidade de vida e longevidade. Diante do exposto, o presente trabalho tem o objetivo de relatar experiência de profissionais discentes do curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família – RMSF e acadêmicos do curso de Educação Física com integrantes de um grupo de convivência de portadores de doenças crônicas.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência, buscando descrever a vivência com integrantes de um grupo de convivência em uma Unidade Básica de Saúde, Sobral - CE. Os relatos de experiência são tidos como metodologias de observação sistemática da realidade, sem o objetivo de testar hipóteses, mas estabelecendo relações entre os achados dessa realidade e bases teóricas pertinentes (Dyniewicz, 2009). Através de Dinâmicas e roda de conversa foi abordados temas como: alimentação saudável, importância do auto cuidado e prática regular de exercício físico. O momento foi facilitado pelos Profissionais discentes da RMSF e Acadêmicos do Curso de Educação Física. Onde foi agregada teoria a prática.

Resultados e Discussão

O compartilhar de experiências no grupo possibilitou perceber e entender certas necessidades e anseios em determinados momentos. No que tange a percepção de pessoas com DM e HA constroem um processo de viver e ser saudável que pode se evidenciar que há um reconhecimento de sua condição como algo que demanda cuidados e mudanças expressivas no seu cotidiano. O Grupo foi um espaço onde as pessoas puderam se expressar, havendo uma aproximação a partir de experiências pessoais e demonstrações de cuidados em saúde. Esta situação promoveu um processo reflexivo de um viver saudável com DM e HÁ.

Os Profissionais de saúde e acadêmicos que participaram do grupo facilitaram a construção de novas alternativas de perceber as patologias e os requerimentos delas recorrentes, especialmente as questões de alimentação e a realização de exercício físico.

O grupo como estratégia coletiva de desenvolver educação em saúde favoreceu o compartilhamento de saberes e experiências, tendo como resultado a promoção de mais autonomia para seus integrantes

Segundo Silva (2007) os grupos de convivência têm como finalidade compartilhar saberes e experiências na construção de um viver mais saudável, buscando formar uma rede de suporte social, promover a autonomia de seus integrantes, ampliando a criatividade, melhorando a auto-imagem, oportunizando a livre expressão dos participantes sobre suas emoções e seus conhecimentos. Diante disso pode ser percebida a interação do grupo diante do que foi exposto pelos facilitadores, gerando discussões e integração entre os mesmos, onde as trocas de experiências entre profissional e usuário, assim como também entre os usuários é de extrema importância para o fortalecimento de vínculos entre os serviços de saúde e comunidade no processo de cuidado e promoção da saúde.

Tais informações expostas no grupo contribuem para a qualidade de vida do indivíduo, que não é apenas associada à medicina, mas também à vivência em grupos, visto que, envolvem aspectos emocionais, comportamentais, etc. Os idosos demonstraram interesse e entusiasmo em toda a ação, relatando ao final o seu contentamento para os Profissionais e Acadêmicos.

Conclusão

Promover espaços de Educação em Saúde, contextualizando de forma leve e prazerosa sobre temas vivenciados pelos usuários e proporcionar o diálogo entre o profissional e a comunidade produzindo vínculos são formas de promover o cuidado em saúde. As atividades propostas além de propiciar bem-estar, contribuem para troca de experiências e conscientização da importância do autocuidado. Demonstrando que iniciativas assim se configuram em uma tática eficiente para fortalecer as diretrizes que precisam existir na Atenção Básica e, oferecem meios que propiciem melhor qualidade de vida.

Referências

KRAUSE MP, SILVA, SG. Associação entre características morfológicas e funcionais com as atividades da vida diária de mulheres idosas participantes em programas comunitários no município de Curitiba– Paraná [dissertação]. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 2006 Disponível em: <http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/1884/6601/1/maressa.PDF> Acesso em: 2006 Set 24.

PENA, F. B.; SANTO, F. H. E. O movimento das emoções na vida dos idosos: um estudo com um grupo da terceira idade. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v. 8, n. 1, p. 17 –24, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_02.htm>. Acesso em: 12 de maio de 2009.

Silva, D. G. V. **O processo de viver saudável de pessoas com Diabetes mellitus Através de um grupo de convivência.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2007 Jan-Mar; 16(1): 105-11.

Malfatti, C. R. M e Assunção, A. N. **Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família.** Ciência & Saúde Coletiva, 16(Supl. 1):1383-1388, 2011

Agradecimentos

Agradecemos aos usuários do CSF que se dispõem a participar desses momentos de atividades grupais, pois é para eles e com eles que nosso trabalho é feito.

PROMOVENDO SAÚDE ATRAVÉS DE UM JOGO EDUCATIVO DE COMBATE AO DENGUE.

Franklin Learcton Bezerra de Oliveira. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: franklin.learcton@gmail.com

Joyce de Carvalho Albuquerque – Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz/RN

Rômulo José Martins Barbosa – Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz/RN

Cristiane de Souza Oliveira – Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz/RN

José Jailson de Almeida Júnior – FACISA/UFRN

Dany Geraldo Kramer Cavalcanti e Silva (Orientador) – FACISA/UFRN

Palavras-chave: Dengue. Promoção da saúde. Educação continuada. Educação em saúde

Resumo

O presente trabalho tem como objetivo divulgar a criação de um jogo educativo de combate ao Dengue. Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência sobre o desenvolvimento de um jogo de combate ao Dengue desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Santa Cruz, através da Vigilância Ambiental em Saúde, em parceria com a Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. O jogo é referência estadual, tomando grande repercussão, servindo de inspiração para outros municípios e contatando com o setor da Vigilância Ambiental em Saúde para autorização de usá-lo em seus estabelecimentos, setores e repartições. Conclui-se que o jogo é de suma importância para sensibilização das crianças, alunos e jovens sobre as formas de prevenção e combate ao mosquito transmissor da Dengue.

Introdução

A dengue é uma doença infecciosa febril aguda causada por vírus da família *Flaviridae*. No Brasil, é transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti*, se tornando, atualmente, um dos principais problemas de saúde pública no mundo; sendo estimado pela Organização Mundial da Saúde que 80 milhões de pessoas sejam infectados por esta patologia, no qual há ocorrência de quatro sorotipos circulando (BRASIL, 2009).

A transmissão de doenças por vetores deve estar relacionada com o meio de propagação. Com os avanços tecnológicos, o mosquito transmissor da dengue encontrou condições favoráveis para uma grande disseminação (BRASIL, 2002). Sendo assim, a situação da dengue tem sido bastante discutida por sanitaristas e vem se tornando uma preocupação (FERNANDES et. al., 2013).

No Brasil, as condições climáticas se tornam favoráveis pelo fato da dengue ser uma doença tipicamente urbana e de clima tropical. No continente Americano, a dengue está presente em todos os países, exceto Chile e Canadá, por razões climáticas e de altitudes (BRASIL, 2002).

Entre 2001 a 2006 foram registrados 95.927 casos notificados de Dengue no Estado do Rio Grande do Norte. Enquanto isso, entre 2007 a 2013 eram 123.702 casos. Ao total, de 2001 a 2013, somam-se 219.629 casos suspeitos de dengue. Entre as epidemias registradas, aquela que ocorreu em 2008 foi a mais importante, pois foram registrados 28.885 casos (BRASIL, 2014).

A primeira epidemia de Dengue no Estado do Rio Grande do Norte ocorreu em 1994 no município de Assu durante um carnaval fora de época (SESAP, 2010). Enquanto isso, no município de Santa Cruz/RN, sua primeira epidemia de dengue ocorreu em 1997. Todos os anos, exceto em 2004, o município vivencia epidemias anualmente. Em 2013, Santa Cruz se tornou terceiro município com maior número de casos suspeitos de Dengue, totalizando 1697 casos notificados.

Diante dessa situação, ações foram desenvolvidas com objetivo de reduzir os índices de infestação e de casos suspeitos de Dengue pelos órgãos governamentais locais durante o lançamento do Programa Municipal de Controle da Dengue (PMCD) em Setembro de 2013. Sendo assim, este trabalho visa relatar a atividade realizada pela Secretaria Municipal de Saúde, através da Vigilância Ambiental em Saúde, do município de Santa Cruz em parceria com a Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi para o controle da Dengue.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência sobre o desenvolvimento de um jogo de combate ao Dengue desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Santa Cruz, através da Vigilância Ambiental em Saúde, em parceria com a Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (FACISA/UFRN), oriundo do Programa Municipal de Controle da dengue.

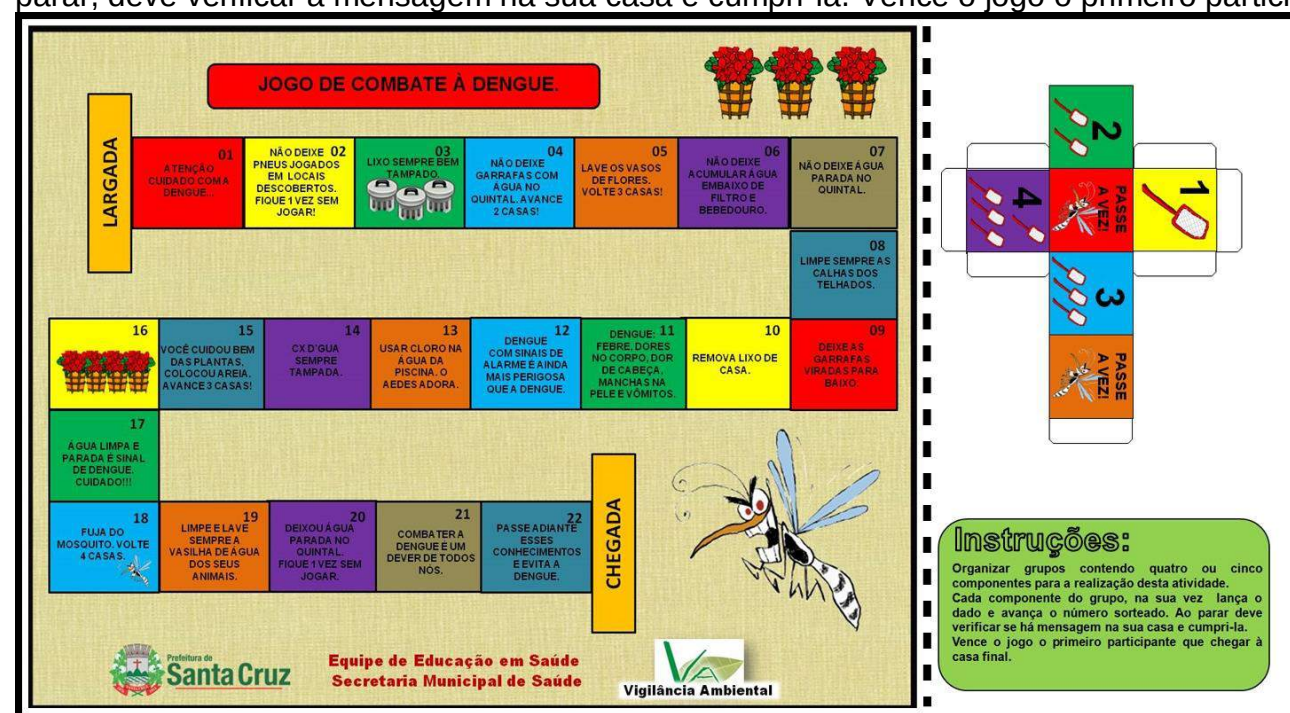
O município de Santa Cruz, a 115 km de Natal, está localizado na mesorregião Agreste Potiguar e na microrregião da Borborema Potiguar, possui o clima tropical semiárido; com população estimada em 2013 de 38.142, e uma área territorial de 624, 356 km²; densidade demográfica 57,33 hab/km² (IBGE, 2010).

O Programa Municipal de Controle da Dengue foi criado apresentando aspectos da realidade do município que vivencia epidemias de Dengue desde 1997. Diante do caso, foi necessário criar um programa que abordasse questões interdisciplinar e Inter setoriais, haja vista que no Programa Nacional de Controle da Dengue, das 10 ações preconizadas, somente 4 são de responsabilidades do setor saúde.

Entre as atividades preconizadas no PMCD, está atividades de educação continuada nas escolas municipais. Para que o conteúdo ministrado seja absorvido pelos estudantes, a Secretaria Municipal de Saúde, através da equipe de educação em saúde da Vigilância Ambiental em Saúde, em parceria com a Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (FACISA/UFRN) desenvolveu o jogo de combate ao Dengue em formato de Trilhas.

O jogo criado pela equipe de educação em saúde da Vigilância Ambiental em Saúde é composto por vinte e dois quadrinhos contendo informações de prevenção e combate ao Dengue e um dado com as numerações de 1 a 4 representadas por “raquetes” e dois de “passe a vez”. O jogo deve ser trabalhado em grupo. Cada componente, na sua vez, lança o dado e avança o número sorteado. Ao

parar, deve verificar a mensagem na sua casa e cumpri-la. Vence o jogo o primeiro participante que à casa final.



A aplicação do jogo se deu em fase teste em uma escola municipal em outubro de 2013 para efeitos de correções e aperfeiçoamento. Consequente, o jogo não necessitou de correções, aguardando parecer final da Prefeitura Municipal de Santa Cruz/RN para impressão. Apresentado durante o mês de janeiro de 2014 as escolas durante a jornada pedagógica, o jogo de trilhas tinha previsão de ser impresso, em aproximadamente 2.000 mil cópias, e entregue aos alunos da rede pública municipal de ensino. Contudo, devido as dificuldades financeiras, o jogo foi impresso em uma quantidade inferior, aproximadamente 50, pela Pró-reitoria de Extensão da Universidade federal do Rio Grande do Norte (PROEX/UFRN).

Resultados e Discussão

O jogo combate ao Dengue desenvolvido de pela Secretaria Municipal de Saúde, por meio da equipe de educação em saúde da Vigilância Ambiental em Saúde, é pioneiro no estado do Rio Grande do Norte em um município considerado prioritário e tem como objetivo conscientizar os alunos e a população em geral sobre os cuidados de prevenção ao vetor transmissor da Dengue.

Para efeito de divulgação e apresentação oficial a comunidade, o jogo foi entregue em forma de dinâmicas a população santa-cruzense, no sábado 16 de agosto, durante a feira livre. O jogo foi ensinado as crianças que acompanhavam os pais durante a feira e alguns foram sorteados para efeito de premiação aos que conseguissem chegar a casa final e cumpriisse todas as tarefas contidas nos quadrinhos.

Após a finalização das atividades, além de concluir o jogo, como *feedback*, algumas perguntas sobre formas de combater o vetor eram feitas as crianças campeãs com objetivo de identificar se o aluno conseguiu captar a mensagem e, dessa forma, repassar as informações para seus familiares, tornando-se multiplicadores.

O jogo de combate ao Dengue lançado pela Secretaria Municipal de Saúde e FACISA/UFRN tomou grande repercussão, servindo de inspiração para outros municípios e contatando com o setor da Vigilância Ambiental em Saúde para autorização de usá-lo em seus estabelecimentos, setores e repartições.

Conclusão

Conclui-se que o jogo é de suma importância para sensibilização das crianças, alunos e jovens sobre as formas de prevenção e combate ao mosquito transmissor da Dengue, adquirindo conhecimentos e a consciência dos problemas e mudar seus hábitos de vida, comportamento, mantendo as residências livres dos mosquitos.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. **Programa Nacional de Controle da Dengue**. Brasília, DF, jul. 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue**. Brasília, DF, 2009. p. 169.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Brasília, 2013. Disponível em: < <http://censo2010.ibge.gov.br> > Acesso em 18 de agosto de 2014.
- BRASIL. Sistema de Informação de Agravos e Notificação. Tabulação de dados. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>> Acesso em 19 de agosto de 2014.
- FERNANDES, D. R. et. al. Epidemiologia da dengue em São Luís – Maranhão, Brasil, 2000 a 2007. **Caderno de Pesquisa**, São Luís, v. 20, n. 2, maio/ago, 2013. Disponível em:< <http://www.periodicos eletronicos.ufma.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/1795>> Acesso em 12 de novembro de 2013
- Secretaria de Estado de Saúde Pública. Coordenadoria de Promoção a Saúde. Subcoordenadoria de Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico – 2010**. Ano I – Edição 11/2010 – Dengue – SUVIGE – SESAP/RN. Disponível em: <http://www.portal.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/sesap/saude_destaque/enviados/boletim_dengue_2010.pdf> Acesso em 18 de agosto de 2014

Agradecimentos

Agradecimentos à Secretaria Municipal de Santa Cruz, através da Vigilância Ambiental em Saúde, e a Pró-reitoria de Extensão da Universidade Federal do Rio Grande do Norte pelas ações realizadas incansavelmente buscando novas alternativas para a conscientização e sensibilização da população sobre as consequências da Dengue.

PROMOVENDO SAÚDE EM GESTANTES: UMA ABORDAGEM MÉDICO-ODONTOLÓGICA.

Marcos Paulo Ildefonso – Universidade de Fortaleza marcospauloi@hotmail.com
João Feitosa de Macêdo e Silva – Universidade Federal do Ceará
Mariana Ildefonso (Orientador) – Universidade de Fortaleza

Palavras-chave: Gestação. Saúde bucal. Promoção de saúde.

Resumo

A gestação é um período peculiar na vida da mulher. Nesse momento, ocorrem diversas alterações fisiológicas, incluindo alterações bucais, as quais sofrem diversas interpretações pelas gestantes, havendo grande influência do imaginário popular. Tendo em vista que grande parte das informações popularizadas está em discordância com a literatura mais atual - como acreditar que perder dentes durante a gravidez é normal ou que o tratamento odontológico oferece risco ao bebê - este trabalho tem como objetivo principal analisar do ponto de vista médico-odontológico as particularidades do processo saúde-doença na gravidez, tendo como foco pontos de promoção de saúde. Para isso, foi realizada uma revisão bibliográfica a partir de artigos encontrados na base de dados digitais BIREME. Foram selecionados 13 estudos publicados entre os anos 2000 e 2012 relacionados à saúde bucal em gestantes. Os artigos foram sintetizados e analisados de forma crítica, a fim de discutir as informações obtidas. Percebe-se que os principais desafios para a saúde bucal durante a gravidez envolvem a percepção de que os processos patológicos são normais e inevitáveis durante esse período, além do receio de receber atendimento odontológico. No entanto, é um consenso que as diversas alterações gestacionais predispõem a certos quadros como o de gengivite, porém podem e devem ser tratados, mesmo durante a gravidez. Associa-se, inclusive, a periodontite materna à prematuridade e baixo peso ao nascer do bebê. Diante disso, faz-se necessária maior capacitação profissional para melhor educar essas mulheres, assim como um maior número de atividades de promoção de saúde nessa população.

Introdução

A gestação é um período em que a mulher está suscetível a diversas alterações tanto psicológicas quanto fisiológicas, destinadas a preparar o seu organismo para o parto e amamentação (Andrade 2006), modificando o equilíbrio da cavidade oral, o que provoca um grande número de alterações bucais (Oliveira et al., 2006, Sonis et al., 1996). Nesse contexto, é dever de profissionais como médico e cirurgião dentista, atuantes na área de saúde, acompanharem o período gestacional, intervindo quando necessário (LOPES et al., 2004). É notável que as orientações quanto à saúde oral durante o período de gestação não podem ser negligenciadas, visto que, durante a gravidez, a falta de esclarecimentos é, muitas vezes, imperativa e as mulheres estão ansiosas a receber novas informações e estão receptivas às mudanças que possam ter consequências sobre a saúde do bebê. Assim, a gravidez é um período importante para desmistificar algumas crenças sobre o tratamento odontológico, informar sobre a importância do controle do biofilme dental e de uma dieta apropriada, conscientizar sobre as possíveis alterações bucais que possam ocorrer durante a gestação e como preveni-las (KONISHI F et al., 2002).

É importante que haja a relação médico/dentista/paciente para que o acompanhamento tenha o devido foco no contato preventivo amplo, tendo como preocupação a promoção da saúde. Durante a gestação, as gestantes apresentam grande resistência ao tratamento odontológico, devido a crenças e mistificações. As mães relatam receio de que o tratamento possa trazer algum risco à vida de seus filhos, preferindo, portanto, evitar as consultas odontológicas (MOREIRA et al., 2004).

O quadro de gengivite observado durante a gravidez é causado pelo biofilme próximo ou dentro do sulco gengival e está associado a fatores sistêmicos como alterações hormonais (Silva et al., 2006, Xavier & Xavier 2004). Os sinais da gengivite podem ser detectados após um acúmulo de 5 dias de biofilme dental, resultantes de uma má higiene oral. Os sinais são: gengiva avermelhada, sangramentos durante a escovação ou toque, edemas e alterações na textura, podendo ser localizados ou generalizados (THOMAS et al., 2008).

Na gestação, haverá um aumento da vascularização, alterações endócrinas (aumento nos níveis de ACTH, prolactina, estrogênio, cortisol, aldosterona, oxitocina e supressão de LH e FSH), hematológicas e respiratórias (ANDRADE, 2006; SOUZA et al., 2002; NEVES et al., 2007). As alterações sistêmicas poderão exacerbar o quadro de gengivite que está instalado. Os hormônios sexuais podem exercer suas influências sobre os tecidos periodontais de diferentes maneiras: alterando a resposta tecidual ao biofilme dental, influenciando a composição da microbiota do biofilme dental e estimulando a síntese de citocinas inflamatórias, particularmente as prostaglandinas (TUNNES et al., 1999).

É importante salientar que a gestação não irá causar a inflamação gengival, mas, sim, irá acentuar o quadro de gengivite ao qual a mãe está acometida. A manutenção da higiene bucal pode ajudar na prevenção ou redução da severidade dessas alterações inflamatórias gengivais mediadas pelo estrógeno e progesterona (SILVA et al., 2006).

O quadro de gengivite não tratado pode facilmente evoluir para doença periodontal ou periodontite. No caso da periodontite, toda a estrutura de suporte e sustentação do dente é afetada pela presença de bactérias com alto potencial de toxicidade. Haverá migração apical do epitélio juncional, perda de inserção e reabsorção óssea, mobilidade dental e recessões gengivais (LINDHE et al., 2005).

A incidência de cárie não é atribuída diretamente ao fato de a mulher se encontrar no período gestacional, mas, sim, a fatores como o aumento da frequência de ingestão de alimentos, incluindo os carboidratos fermentáveis, que associados a uma higienização deficiente, resultará no aumento ao risco de cárie (MONTANDON et al., 2001). Lembrando que, nos episódios de enjoos e vômitos, o ácido clorídrico do estômago atinge o esmalte, contribuindo para o aumento de lesões cariosas por desmineralização (FOURNIOL et al., 1998).

A gestante deve ser informada que seus dentes não estarão mais “fracos” ou predispostos a cárie por perderem minerais, como o cálcio, para a formação dos dentes do bebê, pois o cálcio presente nos dentes da mãe se encontra na forma de cristais e, assim, não se há possibilidade de esse mineral ser enviado pela circulação para o feto em formação (POZO et al., 2001). A formação dos dentes dos bebês é oriunda da dieta da mãe que deve ser rica em vitaminas A, C, D, proteínas e minerais (RUSSELL et al., 2008).

O granuloma piogênico ou tumor gravídico é oriundo de fatores irritantes locais como cálculos, próteses inadequadas, restaurações insatisfatórias, inflamação acentuada e higiene deficiente (XAVIER & XAVIER 2004, REGEZI & SCCIUBA 2000, FOURNIOL 1998, ORRICO et al. 1987, TOMMASI 1989). Trata-se de uma hiperplasia gengival fibrosa de caráter benigno que ocorre mais comumente no segundo trimestre de gestação (NEVILLE et al., 2004). Acomete mais frequentemente região de maxila, é indolor e apresenta crescimento rápido, podendo atingir proporções grandiosas (ORRICO et al., 1987). Muitas vezes, regride após o término da gestação,

sendo deixado sem tratamento, exceto nos casos sintomáticos onde haja sangramento excessivo. Nesses casos, o procedimento de escolha é a excisão cirúrgica (ANDRADE et al., 2006).

Metodologia

Trata-se de uma Revisão Bibliográfica realizada no período de Abril a Julho de 2014 a partir de artigos encontrados na base de dados digitais Bireme. Foram selecionados 13 estudos científicos realizados no período dos anos de 2000 a 2012 que estavam relacionados ao tema saúde bucal em gestantes. Os textos foram analisados e sintetizados de forma crítica, a fim de discutir as informações obtidas. Utilizou-se na pesquisa os descritores retirados da Biblioteca Virtual em Saúde, saúde bucal gestantes e seu correspondente em inglês, *oral health pregnant women*.

Resultados e Discussão

A gravidez é um período ímpar para a promoção de saúde, pois as mulheres estão ansiosas a receber novas informações e receptivas às mudanças que possam ter consequências sobre a saúde do bebê (KONISH et al., 2002. REIS et al., 2010. ARAÚJO, POHLMANN E REIS, 2009. VIEIRA E ZOCRATTO, 2007. NOGUEIRA et al., 2012). No entanto, a falta de esclarecimentos nesse período é, muitas vezes, imperativa (KONISH et al., 2002) e, de acordo com Tirellis (2004), numa pesquisa com 170 gestantes, a maioria das mulheres chega à gravidez com limitados conhecimentos sobre saúde bucal e a maioria delas não recebe orientações sobre o assunto durante o pré-natal. O que, aparentemente, não se restringe a níveis socioeconômicos ou educacionais mais baixos (VIEIRA e ZOCRATTO, 2007), demonstrando-se a universalidade desse desconhecimento. O que é um pesar, pois de acordo com Reis et al (2010), a mãe é um instrumento-chave para a promoção de saúde nas famílias, servindo como multiplicadora de informações e de ações.

Devido a crenças e mistificações, as gestantes apresentam resistência ao tratamento odontológico. Elas costumam relatar receio de que o tratamento possa trazer algum risco à vida de seus filhos (MOREIRA et al., 2004). Também interpretam patologias bucais durante esse período como normais, pois, segundo elas, "os dentes estarão mais fracos ou predispostos a cáries para a formação dos dentes do bebê" (POZO et al, 2001). Entre outras barreiras ao tratamento bucal, encontram-se também a baixa percepção de necessidade, o medo, a preguiça, a indiferença ou o fato de nem pensar em ir ao dentista durante a gravidez (NOGUEIRA et al., 2012).

No entanto, é consenso na literatura atual que os riscos do tratamento odontológico são menores comparados aos riscos que os problemas bucais podem causar à mãe e ao bebê (NOGUEIRA et al., 2012). Existem trabalhos, como o de Lopes et al (2005), que relacionam a periodontite da mãe com o nascimento de prematuro e com baixo peso de bebês. O que pode ser usado como argumento a favor do atendimento odontológico à gestante.

Na busca de informações que solucionariam suas dúvidas, muitas se deparam com dados divergentes (VIEIRA e ZOCRATTO, 2007). Essa divergência, muitas vezes, ocorre mesmo entre profissionais de saúde, Araújo, Pohlmann e Reis (2009) mostraram que grande parte dos médicos obstetras de sua pesquisa (embora não fosse a maioria) possuem opiniões que não correspondem à literatura mais atual sobre o assunto. O que demonstra a necessidade de investimentos em educação direcionados a profissionais de saúde, não só aos de odontologia, para uma maior ênfase na saúde bucal de gestantes, com o objetivo de capacitá-los a uma melhor promoção da saúde.

Conclusão

Diante do exposto, fica claro que existem particularidades no atendimento em saúde bucal de gestantes. As crenças dessas mulheres e, muitas vezes, até de profissionais de saúde, devem ser enfrentadas com o maior acesso às informações atuais - já respaldadas pela literatura e, portanto, confiáveis. Nesse trabalho, desmistificamos diversas dessas crenças. Também foi possível abordar os principais pontos que interferem no acesso das gestantes ao atendimento em saúde bucal, analisando-os de forma crítica, podendo-se criar alternativas que facilitem esse acesso. Finalmente, é possível perceber que existem deficiências na formação médica por não contemplarem a saúde bucal como deveriam. Portanto, é necessária maior capacitação profissional para melhor educar essas mulheres, assim como um maior número de atividades de promoção de saúde nessa população.

Referências

- Andrade ED. Terapêutica Medicamentosa em Odontologia: Procedimentos clínicos e uso de medicamentos nas principais situações da prática odontológica. 2ªed. São Paulo: Artes Médicas; 2006.p.129–130.
- Araújo SM, Pohlmann CS, Reis VG. Conhecimento e atitudes dos médicos ginecologistas/obstetras a respeito da saúde bucal da gestante. RFO UPF. 2009;14(3):190-6.
- CODATO, Lucimar Aparecida Britto et al . Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais e saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 16, n. 4, Apr. 2011
- CODATO, Lucimar Aparecida Britto; NAKAMA, Luiza; MELCHIOR, Regina. Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 13, n. 3, June 2008 .
- Lopes AM, et al. Fatores etiológicos associados com a gengivite na gravidez. Rev. Paul. Odontol 2004; 26: 4, 31-34
- Montandon EM, Dantas PM, Moraes RM, Duarte RC. Hábitos dietéticos e de higiene bucal em mães no período gestacional. JBP (Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê), 2001; 4(18) mar-abr:170-173.
- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia Oral e Maxilofacial. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
- NOGUEIRA, Laís Trosdorf et al . Retardo na procura do tratamento odontológico e percepção da saúde bucal em mulheres grávidas. Odontol. Clín.-Cient. (Online), Recife , v. 11, n. 2, jun. 2012
- REIS, Deise Moreira et al . Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 15, n. 1, Jan. 2010 .
- Russel, DDS, Stefanie L, Mayberry J. Pregnancy and Oral Health: A Review and Recommendations to Reduce Gaps in Practice and Research. American Journal of Maternal Child Nursing 2008; 33: 1, 32-7.
- Silva FWGP, Situani AS, Queiroz AM. Atendimento Odontológico à gestantes – Parte 1: Alterações Sistêmicas. Revista da Faculdade de Odontologia da UFRGS,2006;47(2): 19-23.
- Vieira GF, Zocratto KBF. Percepção das gestantes quanto a sua saúde bucal. RFO UPF.v. 12, n. 2, p. 27-31, maio/agosto 2007.
- Xavier HS, Xavier VBC. Alterações Decorrentes da Gravidez. In: Xavier HS, Xavier VBC. Cuidados Odontológicos com a Gestante. São Paulo: Livraria Santos; 2004. p.5-7.

PROMOVENDO SAÚDE EM GESTANTES: UMA ABORDAGEM MÉDICO-ODONTOLÓGICA.

Marcos Paulo Ildefonso – Universidade de Fortaleza marcospauloi@hotmail.com
João Feitosa de Macêdo e Silva – Universidade Federal do Ceará
Mariana Ildefonso (Orientador) – Universidade de Fortaleza

Palavras-chave: Gestação. Saúde bucal. Promoção de saúde.

Resumo

A gestação é um período peculiar na vida da mulher. Nesse momento, ocorrem diversas alterações fisiológicas, incluindo alterações bucais, as quais sofrem diversas interpretações pelas gestantes, havendo grande influência do imaginário popular. Tendo em vista que grande parte das informações popularizadas está em discordância com a literatura mais atual - como acreditar que perder dentes durante a gravidez é normal ou que o tratamento odontológico oferece risco ao bebê - este trabalho tem como objetivo principal analisar do ponto de vista médico-odontológico as particularidades do processo saúde-doença na gravidez, tendo como foco pontos de promoção de saúde. Para isso, foi realizada uma revisão bibliográfica a partir de artigos encontrados na base de dados digitais BIREME. Foram selecionados 13 estudos publicados entre os anos 2000 e 2012 relacionados à saúde bucal em gestantes. Os artigos foram sintetizados e analisados de forma crítica, a fim de discutir as informações obtidas. Percebe-se que os principais desafios para a saúde bucal durante a gravidez envolvem a percepção de que os processos patológicos são normais e inevitáveis durante esse período, além do receio de receber atendimento odontológico. No entanto, é um consenso que as diversas alterações gestacionais predispõem a certos quadros como o de gengivite, porém podem e devem ser tratados, mesmo durante a gravidez. Associa-se, inclusive, a periodontite materna à prematuridade e baixo peso ao nascer do bebê. Diante disso, faz-se necessária maior capacitação profissional para melhor educar essas mulheres, assim como um maior número de atividades de promoção de saúde nessa população.

Introdução

A gestação é um período em que a mulher está suscetível a diversas alterações tanto psicológicas quanto fisiológicas, destinadas a preparar o seu organismo para o parto e amamentação (Andrade 2006), modificando o equilíbrio da cavidade oral, o que provoca um grande número de alterações bucais (Oliveira et al., 2006, Sonis et al., 1996). Nesse contexto, é dever de profissionais como médico e cirurgião dentista, atuantes na área de saúde, acompanharem o período gestacional, intervindo quando necessário (LOPES et al., 2004). É notável que as orientações quanto à saúde oral durante o período de gestação não podem ser negligenciadas, visto que, durante a gravidez, a falta de esclarecimentos é, muitas vezes, imperativa e as mulheres estão ansiosas a receber novas informações e estão receptivas às mudanças que possam ter consequências sobre a saúde do bebê. Assim, a gravidez é um período importante para desmistificar algumas crenças sobre o tratamento odontológico, informar sobre a importância do controle do biofilme dental e de uma dieta apropriada, conscientizar sobre as possíveis alterações bucais que possam ocorrer durante a gestação e como preveni-las (KONISH F et al., 2002).

É importante que haja a relação médico/dentista/paciente para que o acompanhamento tenha o devido foco no contato preventivo amplo, tendo como preocupação a promoção da saúde. Durante a gestação, as gestantes apresentam grande resistência ao tratamento

odontológico, devido a crenças e mistificações. As mães relatam receio de que o tratamento possa trazer algum risco à vida de seus filhos, preferindo, portanto, evitar as consultas odontológicas (MOREIRA et al., 2004).

O quadro de gengivite observado durante a gravidez é causado pelo biofilme próximo ou dentro do sulco gengival e está associado a fatores sistêmicos como alterações hormonais (Silva et al., 2006, Xavier & Xavier 2004). Os sinais da gengivite podem ser detectados após um acúmulo de 5 dias de biofilme dental, resultantes de uma má higiene oral. Os sinais são: gengiva avermelhada, sangramentos durante a escovação ou toque, edemas e alterações na textura, podendo ser localizados ou generalizados (THOMAS et al., 2008).

Na gestação, haverá um aumento da vascularização, alterações endócrinas (aumento nos níveis de ACTH, prolactina, estrogênio, cortisol, aldosterona, oxitocina e supressão de LH e FSH), hematológicas e respiratórias (ANDRADE, 2006; SOUZA et al., 2002; NEVES et al., 2007). As alterações sistêmicas poderão exacerbar o quadro de gengivite que está instalado. Os hormônios sexuais podem exercer suas influências sobre os tecidos periodontais de diferentes maneiras: alterando a resposta tecidual ao biofilme dental, influenciando a composição da microbiota do biofilme dental e estimulando a síntese de citocinas inflamatórias, particularmente as prostaglandinas (TUNNES et al., 1999).

É importante salientar que a gestação não irá causar a inflamação gengival, mas, sim, irá acentuar o quadro de gengivite ao qual a mãe está acometida. A manutenção da higiene bucal pode ajudar na prevenção ou redução da severidade dessas alterações inflamatórias gengivais mediadas pelo estrógeno e progesterona (SILVA et al., 2006).

O quadro de gengivite não tratado pode facilmente evoluir para doença periodontal ou periodontite. No caso da periodontite, toda a estrutura de suporte e sustentação do dente é afetada pela presença de bactérias com alto potencial de toxicidade. Haverá migração apical do epitélio juncional, perda de inserção e reabsorção óssea, mobilidade dental e recessões gengivais (LINDHE et al., 2005).

A incidência de cárie não é atribuída diretamente ao fato de a mulher se encontrar no período gestacional, mas, sim, a fatores como o aumento da frequência de ingestão de alimentos, incluindo os carboidratos fermentáveis, que associados a uma higienização deficiente, resultará no aumento ao risco de cárie (MONTANDON et al., 2001). Lembrando que, nos episódios de enjoos e vômitos, o ácido clorídrico do estômago atinge o esmalte, contribuindo para o aumento de lesões cáries por desmineralização (FOURNIOL et al., 1998).

A gestante deve ser informada que seus dentes não estarão mais “fracos” ou predispostos a cárie por perderem minerais, como o cálcio, para a formação dos dentes do bebê, pois o cálcio presente nos dentes da mãe se encontra na forma de cristais e, assim, não se há possibilidade de esse mineral ser enviado pela circulação para o feto em formação (POZO et al., 2001). A formação dos dentes dos bebês é oriunda da dieta da mãe que deve ser rica vitaminas A, C, D, proteínas e minerais (RUSSELL SL et al., 2008).

O granuloma piogênico ou tumor gravídico é oriundo de fatores irritantes locais como cálculos, próteses inadequadas, restaurações insatisfatórias, inflamação acentuada e higiene deficiente (XAVIER & XAVIER 2004, REGEZI & SCCIUBA 2000, FOURNIOL 1998, ORRICO et al. 1987, TOMMASI 1989). Trata-se de uma hiperplasia gengival fibrosa de caráter benigno que ocorre mais comumente no segundo trimestre de gestação (NEVILLE et al., 2004). Acomete mais frequentemente região de maxila, é indolor e apresenta crescimento rápido, podendo atingir proporções grandiosas (ORRICO et al., 1987). Muitas vezes, regride após o término da gestação,

sendo deixado sem tratamento, exceto nos casos sintomáticos onde haja sangramento excessivo. Nesses casos, o procedimento de escolha é a excisão cirúrgica (ANDRADE et al., 2006).

Metodologia

Trata-se de uma Revisão Bibliográfica realizada no período de Abril a Julho de 2014 a partir de artigos encontrados na base de dados digitais Bireme. Foram selecionados 13 estudos científicos realizados no período dos anos de 2000 a 2012 que estavam relacionados ao tema saúde bucal em gestantes. Os textos foram analisados e sintetizados de forma crítica, a fim de discutir as informações obtidas. Utilizou-se na pesquisa os descritores retirados da Biblioteca Virtual em Saúde, saúde bucal gestantes e seu correspondente em inglês, *oral health pregnant women*.

Resultados e Discussão

A gravidez é um período ímpar para a promoção de saúde, pois as mulheres estão ansiosas a receber novas informações e receptivas às mudanças que possam ter consequências sobre a saúde do bebê (KONISH et al., 2002. REIS et al., 2010. ARAÚJO, POHLMANN E REIS, 2009. VIEIRA E ZOCCRATTO, 2007. NOGUEIRA et al., 2012). No entanto, a falta de esclarecimentos nesse período é, muitas vezes, imperativa (KONISH et al., 2002) e, de acordo com Tirellis (2004), numa pesquisa com 170 gestantes, a maioria das mulheres chega à gravidez com limitados conhecimentos sobre saúde bucal e a maioria delas não recebe orientações sobre o assunto durante o pré-natal. O que, aparentemente, não se restringe a níveis socioeconômicos ou educacionais mais baixos (VIEIRA e ZOCCRATTO, 2007), demonstrando-se a universalidade desse desconhecimento. O que é um pesar, pois de acordo com Reis et al (2010), a mãe é um instrumento-chave para a promoção de saúde nas famílias, servindo como multiplicadora de informações e de ações.

Devido a crenças e mistificações, as gestantes apresentam resistência ao tratamento odontológico. Elas costumam relatar receio de que o tratamento possa trazer algum risco a vida de seus filhos (MOREIRA et al., 2004). Também interpretam patologias bucais durante esse período como normais, pois, segundo elas, "os dentes estarão mais fracos ou predispostos a cáries para a formação dos dentes do bebê" (POZO et al, 2001). Entre outras barreiras ao tratamento bucal, encontram-se também a baixa percepção de necessidade, o medo, a preguiça, a indiferença ou o fato de nem pensar em ir ao dentista durante a gravidez (NOGUEIRA et al., 2012).

No entanto, é consenso na literatura atual que os riscos do tratamento odontológico são menores comparados aos riscos que os problemas bucais podem causar à mãe e ao bebê (NOGUEIRA et al., 2012). Existem trabalhos, como o de Lopes et al (2005), que relacionam a periodontite da mãe com o nascimento de prematuro e com baixo peso de bebês. O que pode ser usado como argumento a favor do atendimento odontológico à gestante.

Na busca de informações que solucionariam suas dúvidas, muitas se deparam com dados divergentes (VIEIRA e ZOCCRATTO, 2007). Essa divergência, muitas vezes, ocorre mesmo entre profissionais de saúde, Araújo, Pohlmann e Reis (2009) mostraram que grande parte dos médicos obstetras de sua pesquisa (embora não fosse a maioria) possuem opiniões que não correspondem à literatura mais atual sobre o assunto. O que demonstra a necessidade de investimentos em educação direcionados a profissionais de saúde, não só aos de odontologia, para uma maior ênfase na saúde bucal de gestantes, com o objetivo de capacitá-los a uma melhor promoção da saúde.

Conclusão

Diante do exposto, fica claro que existem particularidades no atendimento em saúde bucal de gestantes. As crenças dessas mulheres e, muitas vezes, até de profissionais de saúde, devem ser enfrentadas com o maior acesso às informações atuais - já respaldadas pela

literatura e, portanto, confiáveis. Nesse trabalho, desmistificamos diversas dessas crenças. Também foi possível abordar os principais pontos que interferem no acesso das gestantes ao atendimento em saúde bucal, analisando-os de forma crítica, podendo-se criar alternativas que facilitem esse acesso. Finalmente, é possível perceber que existem deficiências na formação médica por não contemplarem a saúde bucal como deveriam. Portanto, é necessária maior capacitação profissional para melhor educar essas mulheres, assim como um maior número de atividades de promoção de saúde nessa população.

Referências

- Andrade ED. Terapêutica Medicamentosa em Odontologia: Procedimentos clínicos e uso de medicamentos nas principais situações da prática odontológica. 2ªed. São Paulo: Artes Médicas; 2006.p.129–130.
- Araújo SM, Pohlmann CS, Reis VG. Conhecimento e atitudes dos médicos ginecologistas/obstetras a respeito da saúde bucal da gestante. RFO UPF. 2009;14(3):190-6.
- CODATO, Lucimar Aparecida Britto et al . Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais e saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 16, n. 4, Apr. 2011
- CODATO, Lucimar Aparecida Britto; NAKAMA, Luiza; MELCHIOR, Regina. Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 13, n. 3, June 2008 .
- Lopes AM, et al. Fatores etiológicos associados com a gengivite na gravidez. Rev. Paul. Odontol 2004; 26: 4, 31-34
- Montandon EM, Dantas PM, Moraes RM, Duarte RC. Hábitos dietéticos e de higiene bucal em mães no período gestacional. JBP (Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê), 2001; 4(18) mar-abr:170-173.
- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia Oral e Maxilofacial. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
- NOGUEIRA, Laís Trosdorf et al . Retardo na procura do tratamento odontológico e percepção da saúde bucal em mulheres grávidas. Odontol. Clín.-Cient. (Online), Recife , v. 11, n. 2, jun. 2012
- REIS, Deise Moreira et al . Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 15, n. 1, Jan. 2010 .
- Russel, DDS, Stefanie L, Mayberry J. Pregnancy and Oral Health: A Review and Recommendations to Reduce Gaps in Practice and Research. American Journal of Maternal Child Nursing 2008; 33: 1, 32-7.
- Silva FWGP, Situani AS, Queiroz AM. Atendimento Odontológico à gestantes – Parte 1: Alterações Sistêmicas. Revista da Faculdade de Odontologia da UFRGS,2006;47(2): 19-23.
- Vieira GF, Zocratto KBF. Percepção das gestantes quanto a sua saúde bucal. RFO UPF.v. 12, n. 2, p. 27-31, maio/agosto 2007.
- Xavier HS, Xavier VBC. Alterações Decorrentes da Gravidez. In: Xavier HS, Xavier VBC. Cuidados Odontológicos com a Gestante. São Paulo: Livraria Santos; 2004. p.5-7.

PUNÇÃO VENOSA EM CRIANÇAS: O PREPARO COM A UTILIZAÇÃO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO INSTRUCIONAL.

Najara Rodrigues Dantas (Apresentadora) -Universiade Regional do Cariri-URCA, jara85@hotmail.coml
Adriana de Moraes Bezerra– Universiade Regional do Cariri-URCA
Fernanda Cassiano de Lima- Universiade Regional do Cariri-URCA
Aretha Feitosa de Araújo – Universiade Regional do Cariri-URCA
Cláudia Regina Damaceno- Universiade Regional do Cariri-URCA
Joseph Dimas de Oliveira (Orientador)– Universiade Regional do Cariri-URCA

Palavras-chave: Enfermagem pediátrica. Punção venosa. Brinquedo terapêutico instrucional. Promoção de saúde.

Resumo

A terapia intravenosa faz parte dos procedimentos cotidianos da equipe de enfermagem e para as crianças estão associados às experiências de dor e ansiedade, é de grande importância o preparo do profissional de enfermagem na abordagem à criança avaliando seu conhecimento e informando quanto às sensações e intensidade do estímulo doloroso, aliviando o stress provocado pelos procedimentos invasivos. Nesse tocante, o Brinquedo Terapêutico Instrucional (BTI) surge como uma ferramenta eficaz amenizando o sofrimento, sendo possível através deste, externar os sentimentos da criança, compreendê-la e contribuir da melhor maneira para sua reabilitação. Estudo é uma revisão clássica da literatura acerca do uso do BTI como intervenção junto às crianças em procedimentos de punção venosa, identificando seus comportamentos antes e depois da intervenção e pontuando seus benefícios e limitações. Foi realizado de agosto a dezembro de 2013, em busca na internet acessando a Biblioteca Virtual em Saúde, nas bases de dados LILACS e BDENF, de acordo com os critérios de seleção, chegando a uma amostra final de 14 estudos, analisados através de um formulário adaptado e distribuídos por categorias através de tabelas. Reconhece-se no BTI uma intervenção bastante eficaz no manejo a crianças em procedimento de punção venosa, sendo observada a minimização do medo aos procedimentos e maior colaboração, fortalecimentos do vínculo profissional-criança, estímulo ao desenvolvimento cognitivo. Seu conhecimento deve ser propagado e devidamente empregado na assistência pediátrica considerando questões inerentes à faixa etária das crianças, colaborando para um processo de desenvolvimento e vivência de situações estressoras de um modo sadio.

Introdução

Segundo a World Health Organization - WHO (1993), os procedimentos invasivos são técnicas operativas ou diagnósticas que utilizam instrumentos capazes de penetrar os tecidos ou invadir algum orifício do corpo, e esses procedimentos estão associados às experiências de dor e ansiedade, em função de implicarem expectativa de sofrimento físico e perda de controle da situação e, no contexto do cuidado de Enfermagem, entre os processos mais invasivos está o de punção venosa (LEMONS; FERREIRA, 2010).

De acordo com Pereira (2011), a realização de qualquer procedimento em crianças exige um preparo adequado, pois ela apreende o mundo numa perspectiva única; assim, qualquer intervenção não habitual certamente será um fator desencadeador de estresse e sofrimento.

Em vista dos dados, se fazem necessárias estratégias que amenizem o sofrimento causado por estes procedimentos que se refletem em grande estresse para as crianças, para tanto o profissional de enfermagem deve estar atento às reações da criança de acordo com sua compreensão do que está acontecendo e de como reage ao mesmo, verificando se existe uma reação demasiada aos procedimentos.

Nesse tocante, o Brinquedo Terapêutico (BT) surge como uma ferramenta eficaz amenizando o sofrimento caracterizado pelo hospitalismo, sendo possível através deste, externar os sentimentos da criança, compreendê-la e contribuir da melhor maneira para sua reabilitação. O BT instrucional objetiva explicar os procedimentos à criança, para que compreenda o que deve esperar e como participar durante o procedimento ao manipular o material da experiência antes e após ela. Objetiva explicar o procedimento à criança por meio de sua demonstração e/ou dramatização, possibilitando-lhe visualizar e manusear os materiais que serão utilizados ou brinquedos que os representem (CONCEIÇÃO *et al.*, 2011).

Assim o presente estudo teve como objetivos, realizar revisão clássica da literatura sobre o uso do Brinquedo Terapêutico Instrucional em crianças em procedimento de punção venosa, identificando as reações comportamentais das crianças hospitalizadas antes e depois da aplicação do BTI, apontar os benefícios do uso do BTI com crianças de diversas faixas nas práticas de Enfermagem Pediátrica e apontar as limitações do uso do BTI.

Metodologia

Trata-se de uma revisão clássica da literatura (ou narrativa), acerca do uso do Brinquedo Terapêutico Instrucional como intervenção junto às crianças em procedimentos de punção venosa, identificando seus comportamentos antes e depois da intervenção e pontuando os benefícios e limitações do BTI, atualizando e ampliando o conhecimento acerca do BTI, refletindo sua eficácia e sua aplicabilidade na prática assistencial de enfermagem pediátrica com crianças em procedimentos de punção venosa.

O estudo foi realizado durante os meses de agosto a dezembro de 2013, acessando a Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME), nas bases de dados LILACS (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde) e BDENF (Base de Dados de Enfermagem) e na Biblioteca Virtual SCIELO (Scientific Electronic Library Online). Para a composição do *corpus* da pesquisa foram selecionados estudos a partir da palavra-chave: Brinquedo Terapêutico e de acordo com os seguintes critérios de inclusão: a) Artigos disponíveis em texto completo; b) Disponíveis no idioma português; c) Não duplicados; d) Que tratassem do uso do Brinquedo Terapêutico Instrucional como intervenção com crianças em procedimento de punção venosa; e) Artigos publicados por enfermeiros.

Após a seleção dos estudos, foi realizada a análise do título e do resumo dos textos publicados, através do instrumento de coleta de dados validado por Ursi (2005, *apud* SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010) e adaptado a pesquisas qualitativas. Foram encontrados 142 estudos, 54 disponíveis em texto completo, 41 em português e 33 estudos não duplicados. Tratando-se de pesquisas realizadas por enfermeiros e que contemplassem a intervenção do BTI em crianças em punção venosa, foram eliminados 19 artigos chegando a uma amostra final de 14 estudos.

A partir dos objetivos da pesquisa, os dados foram analisados e distribuídos por categorias através de tabelas, caracterizando os estudos e pontuando os comportamentos, benefícios e limitações do BTI no procedimento de punção venosa em crianças.

Resultados e Discussão

Tratando-se dos comportamentos apresentados pelas crianças antes do procedimento de punção venosa sem a intervenção do Brinquedo Terapêutico Instrucional, foram identificados de maneira clara, oito comportamentos referentes à expressão de sentimentos, e interação com o profissional (choro, irritação, agressividade, ansiedade, dependência, pouca verbalização, medo e negação). O comportamento mais representativo das crianças em procedimento de punção venosa antes da intervenção com o BTI foi o choro, representado um comportamento de expressão de emoções em seis dos estudos.

No seu estudo com três crianças pré-escolares, aplicando o protocolo do brinquedo terapêutico, Martins *et al.* (2001), identificaram que as crianças antes da punção demonstravam-se sempre chorosas e bastante agitadas. A partir de uma entrevista com uma estudante de enfermagem acerca de suas experiências durante o estágio de enfermagem pediátrica com aplicação do brinquedo terapêutico, Ribeiro (1998) também obteve como relato o choro como expressão comum à maioria das crianças que ainda não tinham vivenciado o BTI.

Campos, Rodrigues e Pinto (2010), em sua pesquisa com trinta crianças pré-escolares hospitalizadas, analisadas antes e depois da aplicação do BT, identificaram entre as expressões de emoção mais presentes antes do BT, o choro, não aparecendo novamente após a intervenção. Conceição *et al.* (2011), em entrevista com oito acompanhantes pôde inferir nas suas análises, mediante relato dos pais, o choro das crianças antes e durante a punção sem o preparo do BTI, o que não ocorreu depois da intervenção. Medeiros *et al.* (2009), analisando cinco pré-escolares e seus familiares, averiguaram que antes da aplicação do BTI as crianças apresentavam-se chorosas à punção venosas, pelo fato de lembrarem a situação, e o mesmo continuava até o fim do procedimento. Melo e Leite (2008) em estudo com criança *toddler* de 2 anos em procedimentos de quimioterapia, observaram que a mesma também se encontrava chorosa em punções sem a intervenção prévia do BTI.

No que se refere aos comportamentos após a intervenção com o Brinquedo Terapêutico Instrucional e em seguida a dramatização pela criança, foram identificados dez tipos de comportamentos (colaboração, interação com o profissional, independência, sorrir, brincar interativamente, descontração, prazer, socializa com outras crianças, tranquilidade, verbalização). Em sete dos estudos, foi mencionado que as mesmas estavam mais colaborativas aos procedimentos posteriores à intervenção, como identificados no estudo de Ribeiro, Sabatés e Ribeiro (2001), onde o grupo experimental de crianças que recebeu a intervenção antes da punção venosa mostrou-se mais colaborativa, ficando mais quietas durante o procedimento.

Do mesmo modo, Faleiros, Sadala e Rocha (2002), após sessões de brinquedo terapêutico instrucional aplicados a uma criança de 3 anos, explicando os procedimentos de punção venosa no perioperatório de herniorrafia, foi observado que após a manipulação com os bonecos a criança apresentava-se mais calma para a cirurgia permitindo os procedimentos do transoperatório sem brigas, ou seja, mais colaborativa.

Corroborando com os demais, Medeiros *et al.* (2009), obtiveram como relatos dos familiares e observações às crianças de seus estudos que após a sessão do BTI, as mesmas passaram a conhecer melhor os procedimentos e aos poucos iam colaborando mais com as intervenções, mesmo ainda apresentando o choro que é considerado normal, porém reproduziam e verbalizavam o conhecimento apreendido.

Artlheiro, Almeida e Chacon (2011), reconhecem em seus estudos com pré-escolares em quimioterapia em ambiente ambulatorial, que a maioria das crianças observadas após a sessão de BTI antes da quimioterapia, colaborava passivamente com os profissionais devido às explicações fornecidas. Souza *et al.* (2012), em seus estudos com enfermeiros e técnicos atuantes na pediatria, apreenderam em seus discursos que quando o BTI é aplicado, as crianças ficam mais colaborativas aos próximos procedimentos de punção.

Em seus estudos, Ribeiro (1998), sobre a experiência de uma estudante de enfermagem que realizou durante seus estágios na pediatria, a aplicação do BTI com uma criança em unidade hospitalar, apreendeu que a criança após a explicação com BT e a manipulação dos bonecos, também se mostrou mais colaborativa.

Martins *et al.* (2001) reconheceram após a aplicação do Protocolo de BTI à pré-escolares, que após a explicação e manipulação dos brinquedos representando os procedimentos, as crianças passaram a se acalmar permitindo a punção sem necessário serem seguradas. Em seus estudos LEMOS (2012), observou em pré-escolares e escolares que o choro, grito e tensão muscular eram bastantes presentes na maioria das crianças anteriormente a sessões de BTI em procedimentos de punção venosa, e que após as sessões essas crianças passavam a colaborar espontaneamente e até mesmo a sorrir, havendo uma interação com o profissional.

Quando o choro se faz presente, não que dizer que houve falha da intervenção, pois o choro é permitido às crianças como uma forma de expressão de sua dor e outros sentimentos, porém, quando presente ele se limita somente ao momento da punção, voltando à criança à atividade do brincar ou se acalmando por compreender melhor o processo. Passa assim a interagir melhor com os profissionais, criando um vínculo até mesmo afetivo, sente-se mais seguros e mais independentes a assumirem seus papéis e brincarem com outras crianças contribuindo para seu desenvolvimento. Com o uso do BTI e posteriormente sua dramatização, as crianças tornam-se mais descontraídas e tranquilas, muitas vezes verbalizando suas emoções e expressando o conhecimento adquirido ao manusear os brinquedos.

No que diz respeito aos benefícios identificados, foram mencionados treze benefícios (fortalecimento do vínculo profissional-criança, proporciona conhecimento, colaboração com os procedimentos, estimula o desenvolvimento cognitivo e socialização, expressão de sentimentos, acalma a criança, diminui a ansiedade, minimiza o medo, diminui o estresse, bem estar, benefícios ao profissional e distrai a criança), relacionados não somente à criança pela intervenção do BTI, mas também aos acompanhantes e ao profissional.

Ao fazer referência ao vínculo profissional-criança, trata-se da relação estabelecida dos próprios pesquisadores ao aplicarem o BTI com as crianças, como os enfermeiros entrevistados e percepção de acompanhantes e familiares a respeito do observado, configurando-se em sete dos artigos encontrados, a maior parte das publicações.

Nos estudos de Faleiros, Sadala e Rocha (2002), concluíram que para o toddler de 3 anos, a implementação do BTI e BTD foi bastante eficiente fortalecendo o vínculo profissional-paciente. Souza *et al.* (2012), também apontam como benefícios do BTI maior interação com o profissional estabelecendo um vínculo de confiança não somente com a criança, mas também com os familiares. Maia, Ribeiro e Borba (2008) a partir dos enfermeiros entrevistados, reconheceram os benefícios de BT, afirmando que o mesmo favorece o vínculo enfermeiro-criança.

Corroborando com a mesma ideia, Francischinelli, Almeida e Fernandes (2012), com 30 enfermeiros de unidade pediátrica, identificaram que 27 de 30 enfermeiros entrevistados, utilizavam em sua assistência o BTI e relataram como seus benefícios às crianças hospitalizadas a melhora do vínculo profissional-paciente. Souza *et al.* (2012), destacam que através da manipulação do brinquedo se estabelece com o profissional uma relação e confiança.

Quando as crianças são preparadas para punção venosa, são mais cooperativas, expressam melhor seus medos e ansiedade, compreendendo o motivo do procedimento, diminuindo sua tensão e melhorando sua interação com outras crianças e profissionais de enfermagem, afirmam ainda que se o procedimento de punção venosa for realizado sem preparo anterior com o pré-escolar, pode

acarretar prejuízos no se desenvolvimento devido à estrutura cognitiva ser insuficiente para compreender a experiência, e de acordo com o egocentrismo da fase, há dificuldade em aceitar o procedimento, interpretando-o como punição.

Quanto às limitações ao emprego do BTI em punção venosa identificadas por acompanhantes, profissionais investigados e observações dos pesquisadores durante as sessões, foram reconhecidas cinco tipos e limitações (rotina dos profissionais, falta de recursos, conhecimento sobre o BT, falta do preparo dos pais e falta de inserção na instituição).

No que diz respeito à rotina dos profissionais esta limitação se destaca em três dos estudos, em que é apontada a falta de tempo dos profissionais a realizarem atividades terapêuticas e de entretenimento às crianças e sua ocupação com outras atividades desenvolvidas no setor.

Fracischinelli, Almeida e Fernandes (2012), em suas entrevistas com enfermeiros, identificaram esta falta de tempo como uma limitação para a aplicação do BTI, pontuando também a preocupação com outras atividades dentro do setor, que fazem parte da rotina do enfermeiro.

Do mesmo modo, Ribeiro (1998) em entrevista com estudante de graduação destaca que a mesma captou de um dos profissionais de enfermagem o reconhecimento da falta de tempo dos profissionais para realizarem as sessões.

Corroborando com os demais, Conceição *et al.* (2011), destacam como observação dos pais, a pressa dos profissionais, a qual impede que seja realizado um trabalho com diferencial no atendimento à criança, como a intervenção do BTI.

Conclusão

Este estudo proporcionou a descrição das principais reações comportamentais descritas sobre as crianças em procedimento de punção venosa antes e depois da intervenção com a utilização do Brinquedo Terapêutico Instrucional, mostrando assim os benefícios e limitações de sua utilização de acordo com as faixas etárias.

Reconhece-se também a partir deste estudo que ao longo dos anos, os maiores benefícios do BTI são a colaboração dos procedimentos alcançados através do conhecimento e segurança repassados em uma linguagem, adequada à compreensão das crianças de acordo com seu estágio de desenvolvimento, foi observada também a minimização do medo aos procedimentos, maior colaboração com os mesmos, fortalecimentos do vínculo profissional-criança, estímulo ao desenvolvimento cognitivo, orientação e educação em saúde.

É importante salientar que nos estudos quando se utilizou o Brinquedo Terapêutico Instrucional, logo após foi realizado pela criança o Brinquedo Terapêutico Dramático, fazendo com que a mesma expressasse seus sentimentos através da cartase. Vê-se a importância de não somente explicar o procedimento a ser realizado, mas permitir que a criança o dramatize, exteriorizando seus sentimentos e conhecimento apreendido.

De um modo geral salienta-se a importância de mais estudos que visem à criança como ator principal nos estudos, que a partir de sua ótica sejam coletados e produzidos dados levando em consideração as peculiaridades de sua faixa-etária. De acordo com este estudo, ainda são poucos os estudos voltados ao toddler, no que diz respeito ao processo de hospitalização, seus sentimentos e manejo quanto os procedimentos realizados, fazendo-se necessárias, pesquisas que abordem as peculiaridades desta fase da vida, compreendendo suas singularidades e amenizando os sentimentos gerados durante o processo de hospitalização.

Tais pesquisas também enfocaram as percepções de pais, acompanhantes e de outros profissionais diante da importância do brinquedo como mediador da relação enfermeiro-criança. Porém, a produção científica voltada aos toddlers ainda é escassa frente ao tema, requerendo, assim, mais estudos.

Esse estudo chama à reflexão também da ampliação do ensino do BTI na graduação e suas aplicações, requerendo-se também a prática como oportunidade de vivência na assistência, dando ao estudante e futuro profissional uma visão mais abrangente a respeito do tema, dando-lhe oportunidades de conhecer as demandas e realidades em cada espaço aplicado.

Por fim reconhece-se no BTI uma intervenção bastante eficaz no manejo a crianças em procedimento de punção venosa, devendo seu conhecimento propagado e devidamente empregado na assistência pediátrica levando em consideração questões inerentes à faixa etária

das crianças, permitindo que as mesmas sejam construtoras da sua promoção de saúde colaborando para um processo de desenvolvimento e vivência de situações estressoras de um modo sadio.

Referências

ARTILHEIRO, A.P.S; ALMEIDA, F.M.; CHACON, J.M.F. Uso do brinquedo terapêutico no preparo de crianças pré-escolares para quimioterapia ambulatorial. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v. 24, n. 5, p.611-6. 2011.

CAMPOS, M.C.; RODRIGUES, K.C.; PINTO, M.C.M. A avaliação do comportamento do pré-escolar recém-admitido na unidade de pediatria e o uso do brinquedo terapêutico. **Einstein.**: v.8 n.(1 pt 1), p. 1-7. 2010.

CONCEIÇÃO, C. M.*et al.*. Brinquedo terapêutico no preparo da criança para punção venosa ambulatorial: percepção dos pais e acompanhantes. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, Junho 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452011000200018&l=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Junho 2013.

FALEIROS, F.; SADALA, M. L. A.; ROCHA, E. M.. Relacionamento terapêutico com criança no período perioperatório: utilização do brinquedo e da dramatização. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 36, n. 1, Mar. 2002.

LE MOS, I.P; FERREIRA, E.A.P. Comportamento de crianças, acompanhantes e auxiliares de enfermagem durante a sessão de punção venosa. **Pisc.: Teor. E Pesq.**, Brasília, Jul-Set. 2010, vol. 26 n3, pp433-443.

LE MOS, Izabel Cristina Santiago. **Brinquedo Terapêutico Instrucional no Preparo da Criança para Punção Venosa: Contribuições à Enfermagem Pediátrica**. 2012.81f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem)-Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação, Universidade Regional do Cariri, Crato, 2012.

MARTINS, M. R.*et al.*. Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa, com utilização do brinquedo terapêutico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, Abr. 2001.

MEDEIROS, G. *et al* .. Brinquedo terapêutico no preparo da criança para punção venosa em pronto socorro. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. spe, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002009000700013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 Junho 2013.

MELO, L. L.; LEITE, T. M.C..O brinquedo terapêutico como facilitador na adesão ao tratamento de diabetes mellitus tipo 1 na infância. **Pediatr. Mod.** v. 44, n.3, p.100-103, maio-jun. 2008.

PEREIRA, S.R.; HARADA, M.J.C.S.; PEREIRA M.L.G. **Educação e preparo do paciente e da família para a terapia intravenosa**.. 1 ed.São Caetano do Sul: Yendis, 2011.584p. ISBN: 9788577282203.

RIBEIRO, Circéa Amália. O brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada: significado da experiência para o aluno de graduação em enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 32, n. 1, abr. 1998.

RIBEIRO, P. J.; SABATES, A. L.; RIBEIRO, C. A. Utilização do brinquedo terapêutico, como um instrumento de intervenção de enfermagem, no preparo de crianças submetidas a coleta de sangue. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 35, n. 4, Dez. 2001.

SOUZA, L.P.S *et al*. Câncer infantil: sentimentos manifestados por crianças em quimioterapia durante sessões de brinquedo terapêutico. **Rev. Rene.**; v.13, n.3, p.686-92. 2012.

SOUZA, M. T. de; SILVA, M. D. da; CARVALHO, R. de. Revisão integrativa: o que é e como fazer? **Revista Einstein**. São Paulo. v. 8, n.1, p. 102-106, jan-mar., 2010.

World Health Organization-WHO(1993). Behavioral science-preparation for invasive procedures (pp. 1-33). Geneva : WHO.

Promover o esclarecimento ao acompanhante sobre os riscos de infecção hospitalar para o paciente: um relato de experiência

Isabela Ribeiro de Sá Guimarães Nolêto– Universidade Federal do Piauí / isabelanolleto@hotmail.com

Nalma Alexandra Rocha de Carvalho – Universidade Federal do Piauí

Daniela Furtado Rodrigues de Andrade – Universidade Federal do Piauí

Grazielle Roberta Freitas da Silva– Universidade Federal do Piauí

Palavras-chave: Infecção hospitalar. Família. Aconselhamento. Enfermagem. Assistência à saúde.

Resumo

As infecções hospitalares (IHs) estão relacionadas à gravidade dos pacientes e aos procedimentos pelos quais estes são submetidos, sendo que o maior índice de IH está relacionado àqueles submetidos a procedimentos invasivos, como acesso venoso central ou periférico, sondas, ventilação mecânica, pacientes submetidos à cirurgias, imunodeprimidos, dentre outros. Este trabalho tem como objetivo descrever a experiência vivenciada por acadêmicas de Enfermagem durante os estágios de graduação em um hospital – escola vinculado à Universidade Federal do Piauí – UFPI. Trata-se de um relato de experiência de acadêmicas de Enfermagem durante os estágios em um hospital – escola, ocorridos no mês de julho de 2014. As acadêmicas discutiram com relação a necessidade de promover atividades de aconselhamento e sensibilização dos acompanhantes sobre as causas e riscos que podem levar o paciente a adquirir uma infecção hospitalar, e isso é tão importante quanto a sensibilização dos profissionais, pois o acompanhante, que na maioria das vezes é um familiar, está em contato integral com o paciente, manipulando – o, também prestando assistência e, diferentemente do paciente, ele entra em contato com outras ambientes do hospital e também com o ambiente externo. As acadêmicas perceberam a carência dos acompanhantes com relação ao conhecimento dos riscos de infecção hospitalar e viram ali a oportunidade de intervir com o aconselhamento em busca de sensibilização dos mesmos, contribuindo dentro do possível na ocasião.

Introdução

Segundo a Secretaria do Estado de São Paulo (2013), infecção hospitalar é aquela relacionada à internação e/ou procedimentos hospitalares, adquirida após a admissão do paciente ou se manifesta após sua alta. Os primeiros casos de infecção hospitalar (IH) surgiram paralelamente à criação dos primeiros hospitais, por volta de 325 d.C. porém estes não eram interligados, foi apenas no século XIX que observou-se a maior incidência de infecção quando o paciente se encontrava em ambiente hospitalar, a partir daí novas descobertas foram trazendo a tona o risco de IH para a saúde do paciente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Um personagem importante destacou-se na Enfermagem, Florence Nightingale, que durante a Guerra da Criméia (1854), juntou-se a sua equipe de enfermeiras e adotou medidas que reduziram consideravelmente os óbitos dos soldados no ambiente hospitalar, entre eles a higiene pessoal de cada paciente; utensílios de uso individual; preparo de dieta adequada para cada paciente; serviço de lavanderia e desentupimento do esgoto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007)

As infecções hospitalares estão relacionadas à gravidade dos pacientes e aos procedimentos pelos quais estes são submetidos, sendo que o maior índice de IH está relacionado àqueles submetidos a procedimentos invasivos, como acesso venoso central ou periférico, sondas, ventilação mecânica, pacientes submetidos à cirurgias, imunodeprimidos, dentre outros (OLIVEIRA; KOVNER; SILVA, 2010).

Como exemplo de infecção reacionada à procedimentos hospitalares, Catarino et al (2012) afirma que a incidência de infecção em pacientes com cateter venoso central pode ser relacionada a excessiva manipulação do acesso, à antissepsia inadequada no momento da punção, à localização do cateter e ao material de origem.

As IH são causadas por microorganismos presentes no ambiente hospitalar. Nos últimos anos elas vem ocorrendo com cada vez mais frequência relacionadas a microorganismo multirresistentes. São considerados, em geral, multirresistentes, aqueles que resistem a dois ou mais antimicrobianos, essa grande resistência é principalmente relacionada ao uso indiscriminado de antibióticos.

Uma das principais medidas atualmente adotadas para reduzir os índices de IHs é higienização das mãos.

O Ministério da Saúde (2007), traz a higienização das mãos como uma importante ação, que se realizada da maneira correta, pode salvar muitas vidas, porém ela destaca o risco de contaminação das mãos por meio do próprio sabão e afirma que os sabonetes não associados a antissépticos podem se contaminar causando a contaminação das mãos por bactérias Gram – negativas, além do risco de contaminação proveniente dos dispensadores.

Este trabalho tem como objetivo descrever a experiência vivenciada por acadêmicas de Enfermagem durante os estágios de graduação em um hospital – escola vinculado à Universidade Federal do Piauí – UFPI.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência de acadêmicas de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí - UFPI durante os estágios em um hospital – escola, ocorridos no mês de julho de 2014. A experiência evolui-se no decorrer das atividades curriculares que tinham como objetivo prestar assistência de enfermagem humanizada aos pacientes internados, na oportunidade, os acompanhantes também foram abordados.

O relato de experiência permite avaliar ações de indivíduos como participantes, desvendar aspectos subjetivos, analisar e compreender importantes variáveis, além de, contribuir para a formação do conhecimento em relação ao aspecto da assistência (MINAYO, 2004).

A assistência prestada pelas acadêmicas proporcionou-as relatarem sua experiência com relação ao envolvimento do acompanhante e a prevenção do risco de infecção para o paciente.

Resultados e Discussão

Uma das formas de prevenir a transmissão da infecção hospitalar (IH) é barrar a contaminação cruzada entre pacientes e esta tem como principal fator agravante as mãos, objetos e equipamentos que entram em contato com os mesmos. Vendo a necessidade de melhorar a assistência hospitalar prestada, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, lançou um Desafio Global que tem como foco a diminuição das infecções relacionadas a assistência em saúde (IRAs) (OMS, 2009).

Durante as disciplinas que fazem parte da grade curricular do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, as alunas convivem constantemente com o assunto aqui em questão, segurança do paciente, pois este é um dos pilares para que uma boa assistência seja prestada. É importante destacar que a formação que as alunas recebem as tornam possíveis de identificar os fatores de risco para a segurança do paciente bem como são sensibilizadas para que estes sejam minimizados.

Durante as práticas hospitalares as alunas se depararam com várias situações, tendo a oportunidade de realizar várias técnicas e procedimentos, desde os mais simples aos mais invasivos que a Enfermagem as permite, com isso elas tiveram a oportunidade de presenciar vários fatos.

O que levou as acadêmicas a produzirem este trabalho foi a percepção que elas tiveram com relação ao conhecimento dos acompanhantes de alguns pacientes com relação a transmissão de patógenos causadores de infecção, em especial um caso que foi presenciado onde o acompanhante disponibilizou para o banho de outro paciente o sabonete em barra do seu familiar. Ressalta-se que o uso de sabonete em barra já é contraindicado em instituições de saúde, como afirmou o Ministério da Saúde (2007), que os sabonetes também são fonte de infecção.

A atitude das alunas diante do fato presenciado foi imediata, o acompanhante foi abordado e esclarecido a cerca dos riscos que seu familiar iria correr de adquirir uma infecção devido à sua atitude, ele também foi orientado a não repetir a ação, mesmo sabendo que ela foi bem intencionada.

A partir daí as alunas discutiram entre si com relação a necessidade de promover atividades de aconselhamento e sensibilização dos acompanhantes sobre as causas e riscos que podem levar o paciente a adquirir uma infecção hospitalar, e isso é tão importante quanto a sensibilização dos profissionais, pois o acompanhante, que na maioria das vezes é um familiar, está em contato integral com o paciente, manipulando – o, também prestando assistência e, diferentemente do paciente, ele entra em contato com outras ambientes do hospital e também com o ambiente externo.

As alunas comunicaram o ocorrido para a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do hospital, para que planos de ação fossem elaborados com o intuito de prevenir novos ocorridos como este, pois de certa forma, esta como outras, são práticas que devem ocorrer facilmente dentro das enfermarias e que não são percebidas pelos profissionais.

Conclusão

As alunas perceberam a carência dos acompanhantes com relação aos riscos de infecção hospitalar e viram ali a oportunidade de intervir com o aconselhamento em busca de sensibilização dos mesmos, contribuindo dentro do possível na ocasião. Casos como este devem ser comunicados aos profissionais responsáveis para que estes possam tomar providências, como elaborar meios para que não só os a equipe multidisciplinar saiba dos riscos e como prevenir a infecção hospitalar, como também os familiares, acompanhantes e pacientes, para que todos possam trabalhar em conjunto em busca da melhora da assistência prestada. É importante destacar que as ações de educação em saúde sejam desenvolvidas não só no ambiente hospitalar, como também na comunidade, para que se alcance melhores resultados.

Referências

CATARINO, C.F. et al. Perfil epidemiológico das infecções primárias de corrente sanguínea em uma unidade de terapia intensiva neonatal. Rev. Pesqui.: cuid. Fundam. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. v. 5, n. 1, p:3229-37, jan/mar. 2012.

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Segurança do paciente – higienização das mãos. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2007.

OLIVEIRA, C.A; KOVNER, T.C; SILVA, S.R. Infecção hospitalar em unidade de tratamento intensivo de um hospital universitário brasileiro. Rev. Latino – Am. Enfermagem. v.18, n.2, mar-abr, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE(OMS). Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas. Tradução de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán. Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Rio de Janeiro, 2009

SECRETARIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Infecção hospitalar – definições e conceitos. Coordenadoria do Controle de Doenças. São Paulo. 2013

Agradecimentos

Agradecemos aos professores do curso que nos proporcionam o saber e nos tornam capazes de quebrar os obstáculos que impedem a realização da boa prática em saúde, assim como a Instituição de Saúde, que abre suas portas para que possamos transformar o saber em amor, cuidado e solidariedade tornando a Enfermagem uma profissão mais humana.

Promover o esclarecimento ao acompanhante sobre os riscos de infecção hospitalar para o paciente: um relato de experiência

Isabela Ribeiro de Sá Guimarães Nolêto– Universidade Federal do Piauí / isabelanolleto@hotmail.com

Nalma Alexandra Rocha de Carvalho – Universidade Federal do Piauí

Daniela Furtado Rodrigues de Andrade – Universidade Federal do Piauí

Grazielle Roberta Freitas da Silva– Universidade Federal do Piauí

Palavras-chave: Infecção hospitalar. Família. Aconselhamento. Enfermagem. Assistência à saúde.

Resumo

As infecções hospitalares (IHs) estão relacionadas à gravidade dos pacientes e aos procedimentos pelos quais estes são submetidos, sendo que o maior índice de IH está relacionado àqueles submetidos a procedimentos invasivos, como acesso venoso central ou periférico, sondas, ventilação mecânica, pacientes submetidos à cirurgias, imunodeprimidos, dentre outros. Este trabalho tem como objetivo descrever a experiência vivenciada por acadêmicas de Enfermagem durante os estágios de graduação em um hospital – escola vinculado à Universidade Federal do Piauí – UFPI. Trata-se de um relato de experiência de acadêmicas de Enfermagem durante os estágios em um hospital – escola, ocorridos no mês de julho de 2014. As acadêmicas discutiram com relação a necessidade de promover atividades de aconselhamento e sensibilização dos acompanhantes sobre as causas e riscos que podem levar o paciente a adquirir uma infecção hospitalar, e isso é tão importante quanto a sensibilização dos profissionais, pois o acompanhante, que na maioria das vezes é um familiar, está em contato integral com o paciente, manipulando – o, também prestando assistência e, diferentemente do paciente, ele entra em contato com outras ambientes do hospital e também com o ambiente externo. As acadêmicas perceberam a carência dos acompanhantes com relação ao conhecimento dos riscos de infecção hospitalar e viram ali a oportunidade de intervir com o aconselhamento em busca de sensibilização dos mesmos, contribuindo dentro do possível na ocasião.

Introdução

Segundo a Secretaria do Estado de São Paulo (2013), infecção hospitalar é aquela relacionada à internação e/ou procedimentos hospitalares, adquirida após a admissão do paciente ou se manifesta após sua alta. Os primeiros casos de infecção hospitalar (IH) surgiram paralelamente à criação dos primeiros hospitais, por volta de 325 d.C. porém estes não eram interligados, foi apenas no século XIX que observou-se a maior incidência de infecção quando o paciente se encontrava em ambiente hospitalar, a partir daí novas descobertas foram trazendo a tona o risco de IH para a saúde do paciente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Um personagem importante destacou-se na Enfermagem, Florence Nightingale, que durante a Guerra da Criméia (1854), juntou-se a sua equipe de enfermeiras e adotou medidas que reduziram consideravelmente os óbitos dos soldados no ambiente hospitalar, entre eles a higiene pessoal de cada paciente; utensílios de uso individual; preparo de dieta adequada para cada paciente; serviço de lavanderia e desentupimento do esgoto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007)

As infecções hospitalares estão relacionadas à gravidade dos pacientes e aos procedimentos pelos quais estes são submetidos, sendo que o maior índice de IH está relacionado àqueles submetidos a procedimentos invasivos, como acesso venoso central ou periférico, sondas, ventilação mecânica, pacientes submetidos à cirurgias, imunodeprimidos, dentre outros (OLIVEIRA; KOVNER; SILVA, 2010).

Como exemplo de infecção reacionada à procedimentos hospitalares, Catarino et al (2012) afirma que a incidência de infecção em pacientes com cateter venoso central pode ser relacionada a excessiva manipulação do acesso, à antissepsia inadequada no momento da punção, à localização do cateter e ao material de origem.

As IH são causadas por microorganismos presentes no ambiente hospitalar. Nos últimos anos elas vem ocorrendo com cada vez mais frequência relacionadas a microorganismo multirresistentes. São considerados, em geral, multirresistentes, aqueles que resistem a dois ou mais antimicrobianos, essa grande resistência é principalmente relacionada ao uso indiscriminado de antibióticos.

Uma das principais medidas atualmente adotadas para reduzir os índices de IHS é higienização das mãos.

O Ministério da Saúde (2007), traz a higienização das mãos como uma importante ação, que se realizada da maneira correta, pode salvar muitas vidas, porém ela destaca o risco de contaminação das mãos por meio do próprio sabão e afirma que os sabonetes não associados a antissépticos podem se contaminar causando a contaminação das mãos por bactérias Gram – negativas, além do risco de contaminação proveniente dos dispensadores.

Este trabalho tem como objetivo descrever a experiência vivenciada por acadêmicas de Enfermagem durante os estágios de graduação em um hospital – escola vinculado à Universidade Federal do Piauí – UFPI.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência de acadêmicas de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí - UFPI durante os estágios em um hospital – escola, ocorridos no mês de julho de 2014. A experiência evolui-se no decorrer das atividades curriculares que tinham como objetivo prestar assistência de enfermagem humanizada aos pacientes internados, na oportunidade, os acompanhantes também foram abordados.

O relato de experiência permite avaliar ações de indivíduos como participantes, desvendar aspectos subjetivos, analisar e compreender importantes variáveis, além de, contribuir para a formação do conhecimento em relação ao aspecto da assistência (MINAYO, 2004).

A assistência prestada pelas acadêmicas proporcionou-as relatarem sua experiência com relação ao envolvimento do acompanhante e a prevenção do risco de infecção para o paciente.

Resultados e Discussão

Uma das formas de prevenir a transmissão da infecção hospitalar (IH) é barrar a contaminação cruzada entre pacientes e esta tem como principal fator agravante as mãos, objetos e equipamentos que entram em contato com os mesmos. Vendo a necessidade de melhorar a assistência hospitalar prestada, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, lançou um Desafio Global que tem como foco a diminuição das infecções relacionadas a assistência em saúde (IRAS) (OMS, 2009).

Durante as disciplinas que fazem parte da grade curricular do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, as alunas convivem constantemente com o assunto aqui em questão, segurança do paciente, pois este é um dos pilares para que uma boa assistência seja prestada. É importante destacar que a formação que as alunas recebem as tornam possíveis de identificar os fatores de risco para a segurança do paciente bem como são sensibilizadas para que estes sejam minimizados.

Durante as práticas hospitalares as alunas se depararam com várias situações, tendo a oportunidade de realizar várias técnicas e procedimentos, desde os mais simples aos mais invasivos que a Enfermagem as permite, com isso elas tiveram a oportunidade de presenciar vários fatos.

O que levou as acadêmicas a produzirem este trabalho foi a percepção que elas tiveram com relação ao conhecimento dos acompanhantes de alguns pacientes com relação a transmissão de patógenos causadores de infecção, em especial um caso que foi presenciado onde o acompanhante disponibilizou para o banho de outro paciente o sabonete em barra do seu familiar. Ressalta-se que o uso de sabonete em barra já é contraindicado em instituições de saúde, como afirmou o Ministério da Saúde (2007), que os sabonetes também são fonte de infecção.

A atitude das alunas diante do fato presenciado foi imediata, o acompanhante foi abordado e esclarecido a cerca dos riscos que seu familiar iria correr de adquirir uma infecção devido à sua atitude, ele também foi orientado a não repetir a ação, mesmo sabendo que ela foi bem intencionada.

A partir daí as alunas discutiram entre si com relação a necessidade de promover atividades de aconselhamento e sensibilização dos acompanhantes sobre as causas e riscos que podem levar o paciente a adquirir uma infecção hospitalar, e isso é tão importante quanto a sensibilização dos profissionais, pois o acompanhante, que na maioria das vezes é um familiar, está em contato integral com o paciente, manipulando – o, também prestando assistência e, diferentemente do paciente, ele entra em contato com outras ambientes do hospital e também com o ambiente externo.

As alunas comunicaram o ocorrido para a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do hospital, para que planos de ação fossem elaborados com o intuito de prevenir novos ocorridos como este, pois de certa forma, esta como outras, são práticas que devem ocorrer facilmente dentro das enfermarias e que não são percebidas pelos profissionais.

Conclusão

As alunas perceberam a carência dos acompanhantes com relação aos riscos de infecção hospitalar e viram ali a oportunidade de intervir com o aconselhamento em busca de sensibilização dos mesmos, contribuindo dentro do possível na ocasião. Casos como este devem ser comunicados aos profissionais responsáveis para que estes possam tomar providências, como elaborar meios para que não só os a equipe multidisciplinar saiba dos riscos e como prevenir a infecção hospitalar, como também os familiares, acompanhantes e pacientes, para que todos possam trabalhar em conjunto em busca da melhora da assistência prestada. É importante destacar que as ações de educação em saúde sejam desenvolvidas não só no ambiente hospitalar, como também na comunidade, para que se alcance melhores resultados.

Referências

CATARINO, C.F. et al. Perfil epidemiológico das infecções primárias de corrente sanguínea em uma unidade de terapia intensiva neonatal. Rev. Pesqui.: cuid. Fundam. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. v. 5, n. 1, p:3229-37, jan/mar. 2012.

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Segurança do paciente – higienização das mãos. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2007.

OLIVEIRA, C.A; KOVNER, T.C; SILVA, S.R. Infecção hospitalar em unidade de tratamento intensivo de um hospital universitário brasileiro. Rev. Latino – Am. Enfermagem. v.18, n.2, mar-abr, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE(OMS). Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas. Tradução de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán. Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Rio de Janeiro, 2009

SECRETARIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Infecção hospitalar – definições e conceitos. Coordenadoria do Controle de Doenças. São Paulo. 2013

Agradecimentos

Agradecemos aos professores do curso que nos proporcionam o saber e nos tornam capazes de quebrar os obstáculos que impedem a realização da boa prática em saúde, assim como a Instituição de Saúde, que abre suas portas para que possamos transformar o saber em amor, cuidado e solidariedade tornando a Enfermagem uma profissão mais humana.

PROMOÇÃO DO VÍNCULO AFETIVO NO MÉTODO CANGURU COM A PARTICIPAÇÃO PATERNA

Lucélia Rodrigues Afonso: Enfermeira. Especialista em Enfermagem Neonatal pela Universidade Federal do Ceará.

luceliarodrigues@yahoo.com.br

Maria da Glória Machado de Oliveira: Enfermeira Especialista em Enfermagem Neonatal pela Universidade Federal do Ceará.

Glorinha22@bol.com.br

Cláudia Patrícia da Silva Ribeiro – Universidade Estadual do Ceará

Daniele Rocha de Farias Marques – Universidade Estadual do Ceará

Palavra chave: Método Canguru, vínculo afetivo, pai e filho prematuro

Resumo

O Método Mãe Canguru é uma forma de atenção que incentiva e valoriza a presença e a participação da mãe e da família na unidade neonatal. A literatura sobre a abordagem do Método Canguru é vasta, no entanto, poucas pesquisas buscam a descrição da experiência paterna. O interesse pelo tema emergiu a partir de uma experiência junto ao cuidado direto a um RNBP, que ao nascer, devido a uma série de complicações relacionadas ao nascimento com baixo peso, permaneceu 30 dias na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), e após a alta deste setor, mais 34 dias sob cuidados no Método Canguru, na presença da mãe, com a participação e presença efetiva do pai, em todos os cuidados necessários ao filho. Esta experiência despertou-me para um dos objetivos desta estratégia de intervenção no âmbito hospitalar, surgindo assim o vínculo afetivo e a necessidade compreenderem a importância da participação dos pais. O estudo teve como objetivo descrever a participação paterna na promoção do vínculo afetivo no método canguru. O estudo de campo, descritivo, qualitativo realizado em uma maternidade pública, na enfermagem do Método Mãe Canguru (MMC). A presença do pai no método canguru e sua participação nos cuidados com o RNBP, proporcionar um vínculo afetivo entre pai e filho, sendo esse um fator de fundamental importância para a qualidade de vida e sobrevivência do recém nascido (RN) após a alta da unidade neonatal.

Introdução

O Método Mãe Canguru (MMC) é uma forma de atenção que incentiva e valoriza a presença e a participação da mãe e da família na unidade neonatal. Tem um papel importante para assegurar a saúde do recém-nascido de baixo peso (RNBP) após a alta hospitalar, tanto pela oportunidade de fortalecimento do vínculo afetivo que oferece, como pelas altas taxas de amamentação que proporciona. O sucesso do método canguru também contempla a participação do pai, mesmo que por períodos diários curtos, mas que permita a promoção do contato corporal e a interação com o recém-nascido (RN), fortalecendo o desenvolvimento psicoafetivo do bebê e garantindo ao pai segurança para cuidar e diminuir o sofrimento de seu filho nesta etapa, que pode ser cheia de obstáculos a serem vencidos. A presença do pai transfere também à mãe a certeza de um companheiro que irá ajudá-la a superar melhor cada dia desta fase inicial, fortalecerá o vínculo entre pai e filho promovendo a recuperação do neonato, assim, como poderá melhorar a dinâmica familiar no desempenho de papéis atendendo as necessidades do RN. A literatura sobre a abordagem do Método Canguru é vasta, no entanto, poucas pesquisas buscam a descrição da experiência paterna, nesta situação particular de cuidado que envolve a posição canguru e o envolvimento familiar. O interesse pelo tema emergiu a partir de uma experiência junto ao cuidado direto a um RNBP, que ao nascer, devido a uma série de complicações relacionadas ao nascimento com baixo peso, permaneceu 30 dias na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), e após a alta deste setor, mais 34 dias sob cuidados no Método

Canguru, na presença da mãe, com a participação e presença efetiva do pai, em todos os cuidados necessários ao filho. Esta experiência despertou-me para um dos objetivos desta estratégia de intervenção no âmbito hospitalar, surgindo assim o vínculo afetivo e a necessidade compreenderem a importância da participação dos pais. **Objetivo:** Descrever a participação paterna na promoção do vínculo afetivo no método canguru.

Metodologia

O estudo de campo, descritivo, qualitativo realizado em uma maternidade de grande porte, na enfermaria do Método Canguru (MMC), composta de 12 leitos, que integra a estrutura física de uma instituição de nível terciário, vinculada à Universidade Federal do Ceará (UFC). A população do estudo foi composta por 10 (dez) pais que visitaram seus filhos na unidade mãe canguru sendo convidados aqueles pais que regularmente compareceram a unidade canguru no período de setembro a novembro de 2010. Para análise dos dados, foi utilizada a análise temática que significa a descoberta dos núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência significaram algo para o objetivo da análise. Os princípios éticos foram seguidos em todas as fases do estudo, em consonância com o que preconiza a Resolução 146/12.

Resultados e Discussão

Foram entrevistados dez pais que visitaram regularmente seus filhos na enfermaria método canguru, cujas idades variaram entre 18 e 43 anos de idade. Com a presença e participação dos pais no MMC, pode haver um envolvimento familiar junto com a mãe, pai e RNBP, ajudando a vencer os obstáculos relacionados a situação vivida pela tríade. A maioria dos pais que visitaram seus filhos no método canguru trabalhava o dia inteiro e sempre realizavam as visitas antes de ir para o trabalho, ou então na volta do trabalho, alguns faziam a visita nos dois horários. Alguns viam do interior do estado e não podiam fazer as visitas todos os dias, mas, faziam questão de ir visitar seu filhos pelo menos uma vez na semana.

A espera do filho na família

O nascimento torna-se um momento especial na vida dos pais e da família, quando as expectativas, sonhos, e sentimentos inusitados aparecem em volta do novo. Durante todo o processo, o nascimento é o momento mais esperado, quando as dúvidas e medos são amenizados, e finalmente, os pais acolherão o bebê nos braços, fazendo com que as incertezas que antes os rodeavam sejam diminuídas, fortalecendo a interação pais-filhos (GOUVEIA, 2007). De acordo com os relatos a chegada do filho os deixou felizes, mesmo aqueles que não esperavam esse filho demonstraram felicidade com a chegada do novo ser: “Na verdade ninguém esperava, os planos seriam mais adiante, com cinco anos de casado, ela engravidou logo, e nos estávamos com dois anos de casados, mas fiquei feliz com a notícia; “Desejei muito, era tudo que eu queria, fiquei muito feliz quando minha esposa me deu a notícia que estava grávida”.

Nos discursos dos pais observou-se que a chegada de um novo ser na família foi considerado como um acontecimento esperado e que os deixou muito feliz, considerando apenas dois pais que esperavam que a gravidez da esposa acontecesse em outro momento de suas vidas, mas isto não significou que o mesmo não tivesse sido planejado para aquele momento.

O sentimento dos pais diante da prematuridade

Segundo Gurgel; Rolin, (2005) e Gouveia, (2007) quando o recém-nascido (RN) nasce prematuramente ocorre uma brusca separação entre pais e filhos. Este fato faz com que a mãe sinta tristeza, medo e estresse, pela fragilidade e insegurança quanto a vida do filho especialmente em decorrência da internação do bebê na Unidade de Terapia intensiva (UTIN), o que pode prejudicar o estabelecimento do vínculo e apego entre eles. Nesse momento, ambos não estão preparados para enfrentar esta situação, ocorrendo um afastamento da tríade mãe-filho-pai, iniciando-se um processo doloroso e necessário para o restabelecimento do RN. Pode-se observar a impressão e o sentimento dos pais com relação ao estado do filho nas seguintes falas: “No início foi complicado, fiquei preocupado quando vi o bichinho lá bem pequenininho, agora estou mais tranquilo porque ele tá aqui com a mãe dele crescendo e engordando, só falta ir logo para casa.”; “Normal, não fiquei tão preocupado porque sabia que ele está bem cuidado”.; “Fiquei assustado, não era planejado ele nascer antes do tempo, fiquei com muito medo por ele ser muito pequeno, mas agora já estou mais tranquilo e já me acostumei com a ideia”.

Com relação ao sentimento deles diante da prematuridade dos filhos, pode-se observar que os pais tiveram sentimentos como: medo, preocupação, receiosidade, emoção, porém, logo expressarem terem ficado tranquilos após o encaminhamento do filho ao MMC, pois sabiam que os filhos ficariam sendo cuidados pelas mães e que os pais poderiam realizar visitas diárias a qualquer hora do dia. O nascimento, em condições normais, já traz consigo várias dificuldades, atribuídas a diversos fatores, envolvendo o cuidado ao RN.

Conhecimento do Pai sobre o Método Canguru

Segundo Costa (2005) o método canguru é um conjunto de ações, conceitos e valores consubstanciado na assistência humanizada oferecida ao RNBP, aos pais e aos demais familiares desde o nascimento, promovendo o primeiro encontro entre o bebê e a mãe, a comunicação entre a família e equipe, o contato pele-a-pele precoce e crescente, além de oferecer a oportunidade de escolher o tempo em que permanecerão com o bebê na posição canguru. Sendo esta a posição em que o prematuro é colocado entre os seios deve estar se possível apenas de fraldas, em posição vertical e com o tórax e abdome fazendo o contato pele-a-pele.

O que pude observar nos relatos dos pais é que realmente há desconhecimentos deles acerca do método canguru, porém pode-se evidenciar com suas falas que os mesmos tiveram todas as informações necessárias sobre o MMC, incluindo a participação dos mesmos junto ao cuidado com o filho: “Nunca tinha ouvido falar no método canguru, a primeira vez foi aqui na MEAC quando o bebê estava na UTI a enfermeira me disse que ele poderia ir para o MMC e que aqui ele ia poder ficar o tempo todo com a mãe dele e que eu também poderia visitar a qualquer hora do dia e que eu poderia também colocar o bebê na posição canguru”.; “Meu filho estava na UTIN, eu passei aqui e perguntei o que era, a enfermeira explicou que era a enfermaria canguru e me convidou para conhecer então eu gostei muito e fiquei com vontade do meu filho vim logo pra cá”.

Conforme relatado nos discursos percebe-se que todos os pais não sabiam o que era o MMC e que na maternidade tiveram todas as informações necessárias sobre o método, informações essas dadas por profissionais da UTIN e do próprio MMC, diante disto observou-se que após essas informações os pais ficaram ansiosos para participarem do MMC, com a pretensão de verem seus filhos junto de suas mães e poderem também estar presentes nos cuidados prestados ao filho no MMC. Nota-se que a maior preocupação dos pais é manter seus filhos na presença de suas mães e que o fato de poderem presenciar o cuidado com o RNBP e de poderem também participar nesse cuidado os levou a aderirem ao MMC.

O pai e o cuidado com o filho prematuro

Esses cuidados têm como base as evidências clínicas dos RNBP que apresentem elementos fundamentais para a alta precoce, como amamentação exclusiva, a posição canguru que promove calor e ativa os estímulos, a educação e informação dos pais e da família nos cuidados aos RNBP, sendo também acompanhados ambulatorialmente para monitorar o crescimento e desenvolvimento. (REBOUÇAS, 2008).

Pode-se observar nas falas dos entrevistados: “li o livrinho que fala como é o método mãe canguru, aprendi a manusear o meu filho que é muito pequenininho e que se deve lavar as mãos antes de pegar nele para ele não adoecer com as bactérias que tem nas mãos da gente pois ele tem a imunidade baixa”; Aprendi a banhar, dá banho de sol e que temos que lavar as mãos toda vez que for pegar nele para ele não adoecer”.

Observa-se nos relatos dos pais que o método canguru os proporciona um grande aprendizado com relação aos cuidados prestados aos RNBP, todos os pais relataram que prestaram cuidados a seus filhos como: dar banho posicioná-lo corretamente, colocar na posição canguru, alimentar, trocar fralda, etc. Observa-se que para os pais esses cuidados são prazerosos para eles e importantes para os filhos. Segundo Dias (2009) em um estudo realizado com as mães no método canguru, os sentimentos expressados pelas mães neste momento emergiram na forma não verbal, com um olhar de alívio. A forma de cuidar e estar junto deles era recompensador para elas, tendo como relato a esperança de logo voltar para suas casas mesmo não sabendo quando iriam para suas casas restabelecer suas rotinas diárias.

Sentimento do pai ao cuidar do filho prematuro

Para Matteson, (2001), Apud Ricci, (2008), tornar-se pai pode ser um período de tempo de perplexidade, assim como de grande mudança social. A transição para a paternidade é influenciada por muitos fatores, inclusive a participação no parto, os relacionamentos com outras pessoas importantes, a competência em relação ao cuidado com o bebê, a organização do papel familiar, a formação cultural do pai e o método de alimentação do bebê. Observe nas falas: “Ele é muito frágil, é preciso saber manejar direito”; “Eu fico preocupado, mas medo não, fico preocupado de machucar e de pegar de mal jeito”.

Os relatos evidenciam que apenas dois pais ao cuidarem de seus filhos prematuros, sentem medo por conta da prematuridade e por acharem o bebê muito pequeno, porém os demais se sentem seguros por terem aprendido a realizar o manuseio adequado ao prematuro no MMC. Poucos estudos abordam a questão do cuidado do pai ao RN prematuro, assim como existem poucos relatos de experiências dos pais no método canguru, a participação da mãe é mais enfatizada como mostram vários estudos relacionados ao tema.

Promoção do vínculo afetivo do pai com RN

Ferreira e Vieira (2003) consideram o apego como resultado de um processo vê-se que este não é independente nem imediato, mas depende de toda uma relação, sendo esta feita através de trocas mútuas de estímulos, o que leva a uma dependência entre os participantes do processo. Segundo os pais: “Agente fica o tempo todo querendo vê, pegar, o amor que eu sinto é imenso”; “Eu acho que sim, a primeira vez que eu vim aqui visitar ele estava chorando muito, então, colocaram ele em meu peito então ele se calou, ficou bem tranqüilo, e quando eu tirei ele voltou a chorar muito, ele sente meu cheiro, conhece minha voz, eu conversava muito com ele quando ele ainda estava na barriga da mãe”.

Os pais relataram com unanimidade achar importante a sua participação na promoção do vínculo afetivo com seu filho no método canguru, relatando que os RNBP sentem sua presença e os reconhecem como pai, pois se acalmam, crescem mais rápido, ganham peso e se recuperam logo para ir para casa. Frequentemente, os pais são retratados como bem intencionados, mas desajeitados, quando cuidam dos recém-nascidos. Os pais têm seus próprios meios de se relacionar com seus recém-nascidos e podem tornar-se tão acalentadores quanto às mães. As reações acalentadoras de um pai podem ser menos automáticas quanto às de uma mãe, mas os pais conseguem criar um vínculo muito forte com seus filhos recém-nascidos (SEARS, 2004, APUD, RICCI, 2008).

Importância da presença do pai para mãe e o RN

Segundo Fonseca (2005), A presença paterna tem sido cada vez mais frequentemente. Não é raro observar manifestações de comportamento indicadores das dificuldades que eles enfrentam para expressar ou compartilhar seus sentimentos, contrariando o que a sociedade deseja do homem, como esperança e apoio a sua esposa e a outros familiares. Corrobora as falas: “Minha esposa e meu filho precisam diariamente da minha presença aqui, mas não posso está aqui todos os dias, se eu pudesse eu viria todos os dias o dia todo”; “A presença do pai reforça o verdadeiro sentido da família. O carinho e palavras de apoio do pai para a mãe e o bebê são como se fossem um bálsamo que renova e gera forças para que esta família siga adiante. De segunda a sexta estou presente no método canguru. Venho pela manhã cedo antes de ir para o trabalho e após o trabalho também, aos sábados e domingos também estou aqui, faço questão de praticar o método canguru com meu filho tendo com ele o contato pele-a-pele. Obrigado método canguru”.

Para Branco (2009), a atenção de pais cuidadores contribui positivamente para toda família, a saúde da mulher e facilitada e a dedicação amorosa aos filhos favorece aos próprios homens, ampliando suas vivências masculinas para além do papel de provedores. Atualmente, para Montgomery e Carvalho (2005), o homem se envolve nas questões simples do cotidiano dos filhos, nos cuidados básicos que outrora eram atribuídos apenas à mulher. Ele deixou de ser apenas o provedor, macho inseminador, dominador, para se permitir envolver afetivamente revelando sentimentos com o carinho, amor, apego e responsabilidade para com a prole e compartilhar com sua mulher as preocupações do dia a dia.

Conclusão

A presença do pai no método canguru e sua participação nos cuidados com o RNBP proporcionou um vínculo afetivo entre pai e filho, sendo esse um fator de fundamental importância para a qualidade de vida e sobrevivência do recém-nascido (RN) após a alta da unidade neonatal. Os cuidados com o RNBP no Método Canguru têm sido prática quase exclusiva das mães, porém a participação paterna é de fundamental importância na promoção da afetividade entre pai e filho. O pai pode atuar nos cuidados ao RNBP junto à mãe para que alguns medos relatados por eles a respeito do manuseio e cuidado sejam bem trabalhados. A demanda das visitas pelos pais ainda é pequena talvez um pouco pela falta de conhecimentos dos pais sobre os direitos de visitas que neste caso é livre. Não foi encontrado nenhum estudo que abordasse a participação paterna no MMC, todos os artigos encontrados abordam a prática materna no método, o que também despertou o meu interesse pelo tema, que precisa ser mais explorado pela comunidade acadêmica já que são poucos os estudos envolvendo a dinâmica paternal junto ao recém-nascido de baixo peso.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. Atenção humanizada ao recém nascido de baixo peso: método canguru: manual do curso / Secretaria de políticas de saúde, Área de Saúde da Criança.-1º. Edição - Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
2. CABRAL, I.E; RODRIGUES, E.C. O método mãe canguru em uma maternidade do Rio de Janeiro 2000-2002: necessidades da criança e demanda da educação em saúde para os pais. Texto Contexto Enferm., Florianópolis, v.15, n. 4, 2006.
3. TRONCHIN, D. M. R.; TSUNECHIRO, M.A. Cuidar e o conviver com o filho prematuro: a experiência do pai. Rev Latino-am Enfermagem, v. 14, n. 1, p. 93-101, janeiro-fevereiro, 2006.
4. COSTA, R. Reflexões da equipe de saúde sobre o método mãe-canguru em uma unidade de neonatologia: um dialogo fundamentado na abordagem problematizadora. Florianópolis, 2005. [Dissertação de mestrado]. Universidade Federal de Santa Catarina, 228p.
5. BOWLBY, J, 1907 -. Apego: A natureza do vínculo. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes; 2000.

Agradecimentos

A enfermeira Beatriz Câmara chefe da enfermaria Canguru da MEAC, entusiasta deste método e que a todos contamina me incentivando a fazer este trabalho, que é o reconhecimento da importância desta unidade hospitalar na recuperação dos prematuros extremos e do seu brilhante trabalho juntamente com toda a sua equipe

Promoção da Saúde no Ambiente Escolar a partir da Reutilização dos Resíduos Urbanos: Um Relato de Experiência

Márcio Anderson Silva Holanda (apresentador) – Universidade Regional do Cariri – URCA. Email: marcio_cdc@hotmail.com

Maria Naiane Rolim Nascimento – URCA

George Pimentel Fernandes (Orientador) – URCA

Palavras-chave: Saúde ambiental. Promoção da saúde. Reciclagem. Resíduos sólidos urbanos. Ambiente escolar.

Resumo

O estudo tem por objetivo desenvolver com os estudantes pré-adolescentes meios de reutilização dos resíduos do lixo, como meio de promover a saúde através da química, além do espírito cidadão, dentro do ambiente escolar. Ocorreu na instituição de ensino privada - Colégio Paraíso-, na cidade de Juazeiro do Norte-CE, a partir do segundo semestre letivo do ano de 2014. A população foi composta por alunos do 8º e 9º anos do ensino fundamental II. As aulas expositivas foram envolvidas nesse processo como método embaixador do tema. No que diz respeito às orientações dadas para o ensino do reaproveitamento do óleo e da compostagem nota-se que existe uma necessidade do repasse dos conhecimentos relacionados a essa temática, já que os alunos não conhecem o trabalho. Todas as práticas de saúde envolvidas no desenvolvimento desse estudo foram realizadas no âmbito escolar e contribuíram para que os alunos compreendessem o perigo na utilização de agrotóxicos e para o meio ambiente, além da importância das hortaliças para a saúde, baseada na alimentação saudável. Ao que refere à feirinha orgânica, sabe-se que deu aos alunos o senso de responsabilidade, espírito cidadão e administrativo. Cabe ressaltar a importância delegada ao ensino interdisciplinar no estudo realizado, já que uma prática exige a outra, assim utilizando várias áreas de conhecimento necessárias na aprendizagem e construção de papéis sociais nos alunos. Por meio desse trabalho pode-se atingir grandes faixas de conhecimento, de maneira interdisciplinar, interligando-as a fim de promover e desenvolver a consciência ambiental, social e cidadã dos alunos.

Introdução

O lixo é definido pela sigla RSU - resíduos sólidos urbanos - (UN, 1999). Segundo Binder e Mosler (2007), esses resíduos compreendem uma preocupação ambiental mundial, especialmente nos países subdesenvolvidos, sendo responsáveis por efeitos diretos e indiretos na saúde, além da degradação ambiental. A escola surge como espaço promotor para a prevenção de riscos, onde essa temática pode ser trabalhada e ao mesmo tempo desenvolver o senso de cidadania dos jovens (PNUD; FONSECA, 2008; BRASIL 2009).

As repercussões da disposição desses resíduos a céu aberto na saúde humana e as práticas sanitárias populacionais em relação a esses resíduos são pouco conhecidas. A geração desses resíduos exige um aumento da demanda por serviços, e, se não coletados e tratados adequadamente interferem na saúde e fatores ambientais de maneira negativa (UN, 1999).

Os resíduos orgânicos resultantes dos restos de alimentos podem ser usados em construções de hortas, que permitem a compreensão da necessidade da conservação dos ecossistemas, do reaproveitamento de resíduos sólidos na produção de adubo e da importância das hortaliças para a saúde humana (CRIBB, S. L. S. P, 2007; CRIBB, S. L. S. P.; CRIBB, A. Y. 2009).

O resíduo do óleo de cozinha é um item potencialmente poluidor quando descartado de maneira incorreta, sendo necessárias alternativas que possibilitem a sua reciclagem (ZUCATTO, 2013). De acordo com Almeida (2002); Alberici e Pontes (2004) pode ser lançado diretamente no solo, no lixo comum ou descartado na rede de esgoto, acarretando na ocorrência de enchentes e proliferação de doenças.

Uma vez contaminada a água torna-se veículo transmissor de doenças como a meningoencefalite, cólera, leptospirose, febre tifóide, sendo responsável por cerca de 80% delas nos países em desenvolvimento, segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Hoje o resíduo do óleo começa a ser reconhecido como resíduo potencialmente reciclável, podendo servir como matéria-prima na fabricação produtos como sabão (WILDNER e HILLIG, 2012).

Diante dessa problemática, a escola atua como espaço promotor para a prevenção de riscos e promoção da saúde de crianças e jovens, além de capacitá-los nas áreas envolvidas nesse problema e a possibilidade de modificar o quadro de fragilidade social em que muitos deles vivem atualmente (FONSECA, 2008). Caracteriza-se como um espaço institucional onde se pode trabalhar e desenvolver a convivência social e a cidadania (BRASIL, 2009).

A relação do ensino da química com a temática do lixo relacionada com o cotidiano dos alunos propicia aos mesmos uma percepção científica e crítica desse problema que atinge a sociedade. A problemática do lixo não se resolve de forma imediata, principalmente se for apenas de maneira teórica. A conscientização e a tomada de decisões são trabalhos que precisam ser contínuos e, para isto, a escola pode ter um papel preponderante. (SANTOS et al. 2011).

Diante desse quadro o seguinte estudo tem por objetivo abordar formas de reutilização dos resíduos urbanos do lixo no ambiente escolar com estudantes pré-adolescentes, como meios de promover a saúde por meio da química, além do espírito cidadão dentro do ambiente escolar, e que esse conhecimento possa perpassar as barreiras do colégio.

Metodologia

O seguinte estudo caracteriza-se como pesquisa-ação, de natureza qualitativa, caracterizado como exploratório.

A pesquisa ocorreu na instituição de ensino privada - Colégio Paraíso-, localizado na cidade de Juazeiro do Norte-CE, a partir do segundo semestre letivo do ano de 2014. A população foi composta por alunos do 8º e 9º anos do ensino fundamental II.

O estudo foi dividido em cinco momentos, os momentos foram realizados separadamente com as duas classes, primeiramente com as turmas do 8º ano e subsequentemente com as turmas do 9º ano do ensino fundamental II.

O primeiro momento foi caracterizado pela realização de uma palestra de explanação do problema do lixo e as temáticas que o abrange, como as suas formas de reciclagem e/ou reutilização, seu impacto na saúde e meio ambiente, como promover a saúde por meio dessa temática, realizada no auditório do colégio. No final da palestra foi solicitada aos alunos a coleta dos resíduos de óleo utilizados em suas residências, e subsequente trazidos a escola, onde esses resíduos foram devidamente armazenados.

O segundo momento contou com a realização de uma aula prática-expositiva, realizada no laboratório de ciências da escola, onde foi ensinado aos alunos o processo de fabricação do sabão a partir do resíduo do óleo, por meio do processo de saponificação. Essa aula foi seguida da subsequente fabricação do sabão, agora por meio dos alunos.

O terceiro momento foi composto pela realização de uma nova aula, que abrangeu o tema da compostagem, onde tratou-se de esclarecer o que ela significa e o que é necessário para a sua realização. Nela os alunos foram orientados a respeito da utilidade dos resíduos orgânicos – os restos de comida aproveitáveis-, quais deles são aproveitáveis para a reutilização, sua captação, armazenagem e reutilização em forma de adubo na construção de hortas. Ainda no terceiro momento foi solicitada aos alunos a coleta desses resíduos orgânicos utilizáveis em suas residências e que fossem trazidos ao colégio no prazo de uma semana, para a realização do quarto momento.

Os resíduos coletados diariamente no colégio foram encaminhados para a armazenagem em uma composteira, localizada em um anexo da escola, onde foram adicionados elementos necessários a sua decomposição e subsequente formação do adubo, esses resíduos permaneceram por 45 dias nessa composteira, e só então puderam ser utilizados na realização do quarto momento.

A partir do quarto momento os alunos realizaram as atividades propostas no seguinte estudo de maneira conjunta, unindo as turmas do 8º e 9º ano. Nesse quarto momento foi realizada juntamente com os alunos no anexo da escola a prática de compostagem, onde eles puderam visualizar a composteira, o seu processo, participar no momento do reenvolvimento dos compostos e análise da temperatura. Nesse momento ainda houve a prática dos alunos na produção de uma horta, onde eles puderam utilizar o adubo produzido através dos resíduos orgânicos que eles coletaram.

No quinto e último momento foi realizada uma feirinha orgânica para os pais dos alunos e funcionários do colégio, onde foram comercializados os produtos advindos da realização das atividades propostas por esse trabalho, onde os próprios alunos comercializaram os produtos, que se resumiram aos sabões e sabonetes, e as hortaliças produzidas.

Resultados e Discussão

As aulas expositivas foram envolvidas nesse processo como o método embaixador do tema aos alunos. Alves (2011) afirma que, o método contribui na melhoria do ensino, tendo as aulas como objetivo o caráter motivacional e a noção de visão geral sobre o conteúdo abordado.

No que diz respeito às orientações dadas para o ensino do reaproveitamento do óleo e da compostagem nota-se que existe uma necessidade do repasse dos conhecimentos relacionados a essa temática, já que os alunos não conhecem o trabalho. Souza (2011) afirma que, ao implantar um trabalho como esse em uma escola é necessário se considerar alguns fatores, dentre eles o conhecimento técnico, o qual é adquirido por meio da capacitação dos envolvidos, uma vez que a atividade possui uma complexidade em seus processos de implantação, manutenção e uso.

Segundo Souza (2011), a realização de atividades por meio da horta propicia a formação integral do aluno, pois a prática permite a percepção educativa no âmbito ambiental com maior abrangência, uma vez que desenvolve um importante papel no resgate da cultura, da cidadania e formação de hábitos saudáveis de alimentação, assim como preservação do meio ambiente.

Com relação às práticas de saúde envolvidas no desenvolvimento desse estudo cabe ressaltar que todas as atividades realizadas no âmbito escolar contribuíram para que os alunos compreendessem o perigo na utilização de agrotóxicos e para o meio ambiente, além da importância das hortaliças para a saúde baseada no incentivo à alimentação saudável, o que foi ressaltado por Cavalcanti et al. (2010).

Ao que refere à feirinha orgânica, sabe-se que deu aos alunos o senso de responsabilidade, espírito cidadão e administrativo, que Cribb (2010) afirma ser uma atividade muito interessante a ser desenvolvida com os alunos a partir da horta escolar, por meio da venda do que é produzido pela mesma.

Cabe ressaltar a importância delegada ao ensino interdisciplinar no estudo realizado, já que uma prática exige outra, assim utilizando várias áreas de conhecimento necessárias na aprendizagem e construção de papéis sociais nos alunos. O que é reafirmado por Cribb (2010), que diz que nesse sentido a Educação Ambiental necessita de uma abordagem interdisciplinar, uma vez que lida com a realidade, adota uma abordagem que considera todos os aspectos que compõem a questão ambiental e sociocultural.

Conclusão

Por meio desse trabalho pode-se atingir grandes faixas de conhecimento, de maneira interdisciplinar, interligando-as a fim de promover e desenvolver a consciência ambiental, social e cidadã dos alunos. Todos os conhecimentos transmitidos abrangeram as áreas das ciências biológicas, da saúde e sociais no intuito de promover o ensino de práticas saudáveis, principalmente por meio do lixo aliado ao ensino da química.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

495

O objetivo proposto foi alcançado diante do desenvolvimento de todas as atividades por parte dos alunos, conseguindo que eles aprendessem o que era proposto não só por meio da teoria, mas também da prática, além do entendimento da utilidade do que foi aprendido.

Foi atingido o propósito de formar agentes sociais capazes de raciocinar e agir de maneira a envolver-se na prevenção e resolução de problemas socioambientais, além dos relacionados à saúde.

Ressalta-se também a importância do desenvolvimento de valores por meio da escola e do estudo da química, que caracteriza-se como um grande desafio para a escola e para o corpo de professores, além do desenvolvimento de outros valores relacionados a promoção da saúde das pessoas e do ambiente, todos atrelados em uma só causa, o lixo.

Referências

ALBERICI, R. M.; PONTES, F. F. F. Reciclagem de óleo comestível usado através da fabricação de sabão. 2004. Disponível em: <www.unipinhal.edu.br/ojs/engenhariaambiental/include/getdoc.php?id=39&article=19&mode=pdf>. Acesso em 06 de agosto de 2014.

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

BINDER, C.; MOSLER, H. Waste-resource flows of short-lived goods in households of Santiago de Cuba. Resources, Conservations and Recycling, v. 51, n. 2, p. 265-283, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Saúde na escola. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Cadernos de Atenção Básica, Brasília: MS, n. 24, 2009.

CAVALCANTI, Amanda da Fonseca; SILVA, Celiane Gomes Maia da & SILVA, Maria Zênia Tavares da. Horta Escolar: Contribuindo para Hábitos Alimentares Saudáveis. Recife, 2010. Disponível em: <<http://www.eventosufrpe.com.br/jepex2009/cd/resumos/R0077-2.pdf>>. Acesso em 10 de agosto de 2014.

CRIBB, S. L. S. P. A horta escolar como elemento dinamizador da educação ambiental e de hábitos alimentares saudáveis. In: Anais do Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências, 2007, Florianópolis. VI Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências. Florianópolis, 2007.

CRIBB, S. L. S. P.; CRIBB, A. Y. Agricultura urbana: alternativa para aliviar a fome e para a educação ambiental. In: XLVII Congresso da Sociedade Brasileira de Economia, Administração e Sociologia Rural, 2009, Porto Alegre. Anais - XLVII Congresso da Sociedade Brasileira de Economia, Administração e Sociologia Rural, 2009.

CRIBB, S. L. S. P. CONTRIBUIÇÕES DA EDUCAÇÃO AMBIENTAL E HORTA ESCOLAR NA PROMOÇÃO DE MELHORIAS AO ENSINO, À SAÚDE E AO AMBIENTE. REMPEC - Ensino, Saúde e Ambiente, v.3, n. 1, p. 42-60, 2010.

FONSECA, F. F. A escola como espaço facilitador para promoção da saúde e prevenção de riscos. In: Anais do Encontro Nacional de Ensino de Ciências da Saúde e do Ambiente – Unipli. Niterói-RJ, p. 19-23, 2008.

SANTOS, P. T. A. et al. Lixo e reciclagem como tema motivador no ensino de química. Ecl. Quím., São Paulo, v. 36, 2011.

SOUZA, C. M. PROMOVENDO APRENDIZAGENS SIGNIFICATIVAS EM EDUCAÇÃO AMBIENTAL ATRAVÉS DA HORTA. Formosa – GO, p. 17 2011.

PNUD - PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/gerapdf.php?id01=1067>>. Acesso em 06 de agosto de 2014.

UN (United Nations). Environmentally Sound Management of Solid Waste and Sewage-related Issue, 1999. Disponível em: <<http://www.un.org/esa/sustdev/agenda21/chapter21.htm>>. Acesso em 29 de maio de 2014.

WILDNER, Loreni Beatriz Arnold; HILLIG Clayton. Reciclagem de óleo comestível e fabricação de sabão como instrumentos de educação ambiental. Revista Eletrônica em Gestão, Educação e Tecnologia Ambiental, v. 5, n. 5, p. 813-824, 2012.

ZUCATTO, Luiz Carlos; WELLE, Iara; SILVA, Tania Nunes da. Cadeia reversa do óleo de cozinha: coordenação, estrutura e aspectos relacionais. Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v. 53, n. 5, p. 442-452, 2013.

Agradecimentos

Ao Colégio Paraíso de Juazeiro do Norte – CE, representados pela diretora Maria Cicera Alexandre Fiúsa, a vice diretora Rosefrance Alexandre Fiúsa e os coordenadores Leonardo Sousa Silva e Alysson Alexandre Moreira.

Prevalência do tipo sanguíneo ABO e fator Rh entre doadores aptos a doação de sangue em um Hemocentro no Ceará

Queliane Gomes da Silva Carvalho – Universidade Federal do Ceará, email: nealique@gmail.com

Maria Eduarda Magalhães Araújo – Universidade Federal do Ceará

Kauanne Brandão Silva – Universidade Federal do Ceará

Stella Maia Barbosa – Universidade Federal do Ceará

Thábyta Silva de Araújo – Universidade Federal do Ceará

Neiva Francenely Cunha Vieira – Universidade Federal do Ceará

Palavras-chave: Doação de sangue, enfermagem, tipo sanguíneo

Resumo

Para que uma transfusão sanguínea seja bem sucedida é imprescindível a compatibilidade do sistema ABO e do sistema Rh para que não haja transfusões incompatíveis, reações hemolíticas e possibilitar melhor uso das bolsas de hemocomponentes com tipagens menos frequentes. Os serviços de hemoterapia necessitam manter o estoque de sangue adequado à demanda, segundo o Ministério da Saúde, apenas 1,8% da população brasileira doa sangue, no Ceará, em 2009, esse número foi de 1,2% da população. Esse estudo objetiva descrever a prevalência da distribuição do sistema ABO entre candidatos a doação de um Hemocentro do Ceará. Estudo descritivo, de abordagem quantitativa, com indivíduos de ambos os sexos, que se submeteram a triagem para doação no período de junho de 2011 a dezembro de 2013, na faixa etária de 16 à 67 anos. Os candidatos aptos totalizaram 77.849 doações. A tipagem sanguínea ABO e fator Rh apresentaram a seguinte distribuição: 45,6% (n=35.509) são O positivo, 31,5% (n=24511) A positivo, 8,9% (n=6895) B positivo, 6,4% (n=5023) são O negativo, 3,4% (n=2676) A negativo, 2,8% (n=2164) AB positivo, 1% (n=786) B negativo e 0,4% (n=285) AB negativo. É necessário um trabalho para a conscientização da doação de sangue de pessoas com fator Rh negativo, que são os mais raros e somados representam apenas 11,2% do total de doações realizadas em Fortaleza. Apesar desse fator Rh ser mais raro e haver uma demanda menor em relação aos fatores Rh positivos, a escassa doação torna os estoques desses tipo sanguíneo mais frágeis à demandas momentaneamente maiores.

Introdução

O sangue humano pode salvar a vida de pessoas em situação de doenças graves ou cirurgias de grande porte. Ainda não há medicamentos ou recursos terapêuticos que o substituam, assim sua disponibilidade pode significar a diferença entre a vida e a morte do paciente que necessita da transfusão. (CEARÁ, 2012).

Os grupos sanguíneos são determinados de acordo com os antígenos presentes na membrana eritrocitária. Existem mais de 30 sistemas de classificação de grupos sanguíneos de acordo com a International Society for Blood Transfusion (DANIELS et al, 2004). O Sistema ABO foi descrito pela primeira vez em 1900 e atualmente é o sistema mais importante e mais conhecido. No soro do sangue estão presentes os anticorpos ABO, dirigidos contra os antígenos A e B, que estão ausentes nas hemácias. A presença desses anticorpos hemolíticos no sistema ABO impõe que as transfusões sejam realizadas de acordo com isogrupos ou heterogrupos, respeitando a compatibilidade (FONTANA et al, 2006).

Dessa forma, para que a transfusão sanguínea seja bem sucedida é imprescindível a compatibilidade do sistema ABO e do sistema Rh, não só para que não haja transfusões incompatíveis, mas para que as reações hemolíticas sejam descartadas, além de tornar possível um melhor uso das bolsas de hemocomponentes com tipagens menos frequentes (MARTINS et al., 2009).

O fator Rh positivo é prevalente no Brasil, e equivale a maioria da população. Apenas 9% dos brasileiros possuem o sangue O negativo, doador universal, que é utilizado em situações de urgência e emergência em hospitais. Devido à pouca disponibilidade é necessário que esse fator sanguíneo seja utilizado cautelosamente, o ideal é que o paciente receba o mesmo tipo sanguíneo que o seu. (AMAZONAS,2010).

Pesquisas que analisam a prevalência da distribuição do sistema ABO na população podem contribuir para melhores planos de organização da demanda necessários em cada estado, estratégias de captação e divulgação da necessidade de cada tipo sanguíneo.

Os serviços de hemoterapia necessitam manter o estoque de sangue adequado à demanda, de acordo com o Ministério da Saúde, apenas 1,8% da população brasileira doa sangue, no Ceará, em 2009 esse número foi de 1,2% da população (CEARÁ,2011).

Esse estudo tem como objetivo descrever a prevalência da distribuição do sistema ABO entre candidatos aptos a doação de um Hemocentro do Ceará.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa, realizado em Hemocentro público do Ceará que disponibiliza sangue e hemocomponentes dentro das especificações técnicas da ANVISA, de acordo com a Política Nacional de Sangue e Hemoderivados preconizada pelo Ministério da Saúde.

A população do estudo foi a de indivíduos de ambos os sexos, que se submeteram a triagem para doação de sangue no período de junho de 2011 a dezembro de 2013, na faixa etária de 16 à 67 anos. Foram excluídos da pesquisa aqueles cujos dados encontrados no sistema estavam incompletos, além dos potenciais doadores recusados para doação neste mesmo período. A amostra consistiu em um total de 77.849 candidatos à doação que cumpriram os requisitos referidos.

O estudo teve como ponto de partida junho de 2011, data do lançamento da Portaria Ministerial que aprova a doação de sangue de adolescentes a partir de 16 anos, ampliando assim o universo de doadores. Tais dados foram obtidos do sistema informatizado do Hemocentro (SBS – Sistema de Banco de Sangue), o qual armazena, de forma eletrônica, informações dos candidatos à doação, através de relatórios com as variáveis: número de candidatos à doação, número de candidatos recusados, sexo, idade, escolaridade e motivos de recusa. Os dados foram organizados em planilhas no programa Excel e analisados por meio de estatística descritiva.

Os aspectos éticos e legais que envolvem pesquisas com seres humanos foram respeitados conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O projeto foi aprovado com o parecer consubstanciado Nº 277.037 do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC/UFC).

Resultados e Discussão

Os candidatos classificados como aptos totalizaram 77.849 doações. Desses candidatos, 70,5% (n=54.882) são do sexo masculino e 29,5% (n=22.967) do sexo feminino.

Segundo estudo realizado pelo Ministério da Saúde na região Nordeste com 723 doadores de sangue entrevistados, 70,95 % eram do sexo masculino e 29,05% do sexo feminino. Entre a população brasileira os homens representam 65,67 % das doações, enquanto as mulheres 34,23% (BRASIL,2004). Observa-se que os dados encontrados são concordantes com os encontrados no território brasileiro como um todo, bem como, especificamente, com o nordeste.

Em relação à tipagem sanguínea ABO e fator Rh, 45,6% (n=35.509) são O positivo, 31,5% (n=24511) A positivo, 8,9% (n=6895) B positivo, 6,4% (n=5023) são O negativo, 3,4% (n=2676) A negativo, 2,8% (n=2164) AB positivo, 1% (n=786) B negativo e 0,4% (n=285) AB negativo. (tabela 1).

Os grupos sanguíneos O e A são os mais comuns e juntos abrangem 87% da população brasileira (AMAZONAS,2010). No presente estudo, os mesmos tipos somaram 86,9%, evidenciando que no município de Fortaleza o número de doadores desses grupos sanguíneos condiz com a realidade do Brasil.

Apesar de tipo sanguíneo O positivo ser o mais transfundido (AMAZONAS,2010), devido à sua prevalência na população, é evidente a necessidade de um maior número de doadores com fator Rh negativo, principalmente o sangue universal O negativo, tendo em vista que esse é um tipo muito utilizado em hospitais em situações de urgência e emergência.

Tabela 1 – Tipagem sanguínea ABO e fator Rh dos doadores de 16 à 67 anos, Fortaleza, 2014.

Tipo Sanguíneo	A +	A-	B+	B-	O+	O-	AB+	AB-
Nº de doadores	24.511		2.676	6.895	786	35.509	5.023	2.165 285
Porcentagem	31,5%	3,4%	8,9%	1%	45,6%	6,4%	2,8%	0,4%

Quanto à distribuição de acordo com a faixa etária dos doadores, 46,3% (n=36.021) tinham idade entre 30 à 49 anos, 45,5% (n=35.462) entre 18 à 29 anos, 5,7% (n=4430) de 50 à 60 anos, 2% (n=1549) de 16 à 17 anos e 0,5% (n=387) de 61 à 67 anos. (tabela 2)

Estudo realizado nas cidades de Fortaleza, Recife, Salvador e São Luis, evidenciou que a faixa etária prevalente de doadores foi a de 30 à 39 anos, com 29,46%, condizendo com os resultados do presente estudo. Nessas cidades as idades que menos contribuíram com doações também foi a faixa etária acima de 59 anos que representou apenas 0,14% das doações (BRASIL,2004)

No Brasil, a faixa etária de 30 à 39 anos confirmou o maior número de doações e representou 28,25 % do total, os candidatos acima dos 59 anos foram os que menos doaram, com 0,68 % (BRASIL,2004). Essa prevalência de adultos jovens pode ocorrer visto essa faixa etária ainda não apresentar doenças crônicas, estar mais ativa e ser mais abrangida pelos serviços de captação e fidelização.

Tabela 2 – Faixa etária e gênero prevalente entre os doadores, Fortaleza, 2014

Faixa etária	16- 17 anos	18 - 29 anos	30 - 49 anos	50 - 60 anos	60 - 67 anos
Sexo Feminino	805	11.578	9.238	1.255	91
Sexo Masculino	744	23.884	26.783	3.175	296
Total	1.549	35.462	36.021	4.430	387
Porcentagem	2%	45,5%	46,3%	5,7%	0,5%

Recentemente, a portaria GM/MS nº 1353 estabeleceu um novo Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos, com ampliação da faixa etária que pode se candidatar à doação. Jovens de 16 e 17 anos e idosos até 67 anos foram incluídos. (BRASIL, 2011). Essa ampliação, como mostra o presente estudo, incluiu as faixas etárias que contribuíram com a menor quantidade de doações.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

498

A ampliação que visava aumentar o número de doações diárias e consequentemente a fidelização de doadores somou apenas 2,5% dos candidatos aptos à doação, mostrando que é necessária uma maior divulgação e que estratégias de captação específicas para essas faixas-etárias devem ser adotadas.

Conclusão

Dos doadores observados no estudo, o tipo sanguíneo ABO e fator Rh prevalente foi O+, 45,6% e o mais raro foi AB- com apenas 0,4% do total. O que mostra que a realidade do município de Fortaleza é bastante similar a realidade brasileira em relação à tipagem prevalente e ao menor número de pessoas com fator Rh negativo. A faixa etária que mais doou sangue foi a de 30 à 49 anos, e a que menos doou foram as faixas de 16 a 17 anos e de 60 a 67 anos, que juntas totalizaram 2,5% das doações.

É importante que se faça um trabalho específico para a conscientização da doação de sangue de pessoas que tem o fator Rh negativo, que são os mais raros e que somados representaram apenas 11,2% do total de doações realizadas em Fortaleza. Apesar desse fator Rh ser mais raro e consequentemente haver uma demanda menor em relação aos fatores Rh positivos, a escassa doação torna os estoques desses tipos sanguíneos mais frágeis às demandas momentaneamente maiores.

A introdução dos doadores adolescentes e o aumento da idade aceitável entre os idosos para doação de sangue perfaz um grupo interessante para novas abordagens de captação. Entre os adolescentes, a busca é a de fidelização para que eles se tornem adultos conscientes da importância de doar sangue e incrementem o quantitativo de doadores cadastrados e fidelizados aos hemocentros. A ampliação da idade para os idosos retrata o aumento da expectativa de vida da população com qualidade de vida e livre de doenças, possibilitando aos idosos participarem de maneira proativa nas campanhas de doação de sangue.

Referências

AMAZONAS. Fundação Hospitalar de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas. (HEMOAM). Tipos sanguíneos, 2010. Disponível em: <http://www.hemoam.am.gov.br/?secao=sangue_tipos> . Acesso em: 25/08/2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Centro de Tecnologia e Ciências. Perfil do Doador de Sangue Brasileiro. 2004. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/doador_sangue/pdsbfiles/introducao.htm>. Acesso em: 25/08/2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.353, de 13 de junho de 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1353_13_06_2011.html>. Acesso em: 25/08/2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 25/08/2014.

CEARÁ. Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará (HEMOCE). Porque o hemoce precisa de doadores de sangue? Você já parou para pensar nisso? Ceará; 2012. Disponível em: <<http://www.hemoce.ce.gov.br/index.php/precisamos-de-voce>>. Acesso em: 25/08/2014.

CEARÁ. Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará (HEMOCE). Projeto Clube Rh Negativo – captação de doadores. 2011. Disponível em: <<http://www.hemoce.ce.gov.br/images/PDF/projeto%20cientifico%20clube%20rh%20negativo.pdf>> Acesso em: 25/08/2014.

DANIELS, G. L.; FLETCHER, A.; GARRATTY, G.; HENRY, S.; JORGENSEN, J.; Judd, W. J.; LEVENE, C.; LOMAS-FRANCIS, C.; MOULDS, J. J.; MOULDS, J. M.; MOULDS, M.; OVERBEEKE, M.; REID, M. E.; ROUGER, P.; SCOTT, M.; SISTONEN, P.; SMART, E.; TANI, Y.; WENDEL, E. S.; ZELINSKI, T. Blood group terminology 2004: from the International Society of Blood Transfusion committee on terminology for red cell surface antigens. Vox Sanguinis. Volume 87, Issue 4, 304-316. Novembro 2004. Disponível em: <http://www.researchgate.net/publication/8142997_Blood_group_terminology_2004_from_the_International_Society_of_Blood_Transfusion_committee_on_terminology_for_red_cell_surface_antigens/links/0fcfd510bc428d2348000000>. Acesso em: 26/08/2014.

FONTANA, B.; MARRONE, L. C. P.; BRIDI, A. T.; MERLE, R. Prevalência da distribuição do Sistema ABO entre doadores de sangue de um Hospital Universitário. Revista AMRIGS. Porto Alegre, 50 (4): 277- 279, out-dez. 2006. Disponível em: <<http://www.amrigs.com.br/revista/50-04/ao01.pdf>>. Acesso em: 26/08/2014.

MARTINS, M. L.; CRUZ, K. V. D.; SILVA, M. C. F.; VIEIRA, Z. M. Uso da genotipagem de grupos sanguíneos na elucidação de casos inconclusivos na fenotipagem eritrocitária de pacientes atendidos na Fundação Hemominas. Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia. Vol. 31 n.4 São Paulo. Julho/Agosto 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-84842009000400013&script=sci_arttext>. Acesso em: 26/08/2014.

Agradecimentos

Agradecimento especial à Universidade Federal do Ceará (UFC).

PROMOÇÃO DO VÍNCULO AFETIVO NO MÉTODO CANGURU COM A PARTICIPAÇÃO PATERNA

Lucélia Rodrigues Afonso: Enfermeira. Especialista em Enfermagem Neonatal pela Universidade Federal do Ceará.
luceliarodrigues@yahoo.com.br

Maria da Glória Machado de Oliveira: Enfermeira Especialista em Enfermagem Neonatal pela Universidade Federal do Ceará.
Glorinha22@bol.com.br

Cláudia Patrícia da Silva Ribeiro – Universidade Estadual do Ceará
Daniele Rocha de Farias Marques – Universidade Estadual do Ceará

Palavra chave: Método Canguru, vínculo afetivo, pai e filho prematuro

Resumo

O Método Mãe Canguru é uma forma de atenção que incentiva e valoriza a presença e a participação da mãe e da família na unidade neonatal. A literatura sobre a abordagem do Método Canguru é vasta, no entanto, poucas pesquisas buscam a descrição da experiência paterna. O interesse pelo tema emergiu a partir de uma experiência junto ao cuidado direto a um RNBP, que ao nascer, devido a uma série de complicações relacionadas ao nascimento com baixo peso, permaneceu 30 dias na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), e após a alta deste setor, mais 34 dias sob cuidados no Método Canguru, na presença da mãe, com a participação e presença efetiva do pai, em todos os cuidados necessários ao filho. Esta experiência despertou-me para um dos objetivos desta estratégia de intervenção no âmbito hospitalar, surgindo assim o vínculo afetivo e a necessidade compreenderem a importância da participação dos pais. O estudo teve como objetivo descrever a participação paterna na promoção do vínculo afetivo no método canguru. O estudo de campo, descritivo, qualitativo realizado em uma maternidade pública, na enfermaria do Método Mãe Canguru (MMC). A presença do pai no método canguru e sua participação nos cuidados com o RNBP, proporcionar um vínculo afetivo entre pai e filho, sendo esse um fator de fundamental importância para a qualidade de vida e sobrevivência do recém nascido (RN) após a alta da unidade neonatal.

Introdução

O Método Mãe Canguru (MMC) é uma forma de atenção que incentiva e valoriza a presença e a participação da mãe e da família na unidade neonatal. Tem um papel importante para assegurar a saúde do recém-nascido de baixo peso (RNBP) após a alta hospitalar, tanto pela oportunidade de fortalecimento do vínculo afetivo que oferece, como pelas altas taxas de amamentação que proporciona. O sucesso do método canguru também contempla a participação do pai, mesmo que por períodos diários curtos, mas que permita a promoção do contato corporal e a interação com o recém-nascido (RN), fortalecendo o desenvolvimento psicoafetivo do bebê e garantindo ao pai segurança para cuidar e diminuir o sofrimento de seu filho nesta etapa, que pode ser cheia de obstáculos a serem vencidos. A presença do pai transfere também à mãe a certeza de um companheiro que irá ajudá-la a superar melhor cada dia desta fase inicial, fortalecerá o vínculo entre pai e filho promovendo a recuperação do neonato, assim, como poderá melhorar a dinâmica familiar no desempenho de papéis atendendo as necessidades do RN. A literatura sobre a abordagem do Método Canguru é vasta, no entanto, poucas pesquisas buscam a descrição da experiência paterna, nesta situação particular de cuidado que envolve a posição canguru e o envolvimento familiar. O interesse pelo tema emergiu a partir de uma experiência junto ao cuidado direto a um RNBP, que ao nascer, devido a uma série de complicações relacionadas ao nascimento com baixo peso, permaneceu 30 dias na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), e após a alta deste setor, mais 34 dias sob cuidados no Método Canguru, na presença da mãe, com a participação e presença efetiva do pai, em todos os cuidados necessários ao filho. Esta experiência despertou-me para um dos objetivos desta estratégia de intervenção no âmbito hospitalar, surgindo assim o vínculo afetivo e a necessidade compreenderem a importância da participação dos pais. Objetivo: Descrever a participação paterna na promoção do vínculo afetivo no método canguru.

Metodologia

O estudo de campo, descritivo, qualitativo realizado em uma maternidade de grande porte, na enfermaria do Método Canguru (MMC), composta de 12 leitos, que integra a estrutura física de uma instituição de nível terciário, vinculada à Universidade Federal do Ceará (UFC). A população do estudo foi composta por 10 (dez) pais que visitaram seus filhos na unidade mãe canguru sendo convidados aqueles pais que regularmente compareceram a unidade canguru no período de setembro a novembro de 2010. Para análise dos dados, foi utilizada a análise temática que significa a descoberta dos núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência significaram algo para o objetivo da análise. Os princípios éticos foram seguidos em todas as fases do estudo, em consonância com o que preconiza a Resolução 146/12.

Resultados e Discussão

Foram entrevistados dez pais que visitaram regularmente seus filhos na enfermaria método canguru, cujas idades variaram entre 18 e 43 anos de idade. Com a presença e participação dos pais no MMC, pode haver um envolvimento familiar junto com a mãe, pai e RNBP, ajudando a vencer os obstáculos relacionados a situação vivida pela tríade. A maioria dos pais que visitaram seus filhos no método canguru trabalhava o dia inteiro e sempre realizavam as visitas antes de ir para o trabalho, ou então na volta do trabalho, alguns faziam a visita nos dois horários. Alguns viam do interior do estado e não podiam fazer as visitas todos os dias, mas, faziam questão de ir visitar seu filhos pelo menos uma vez na semana.

A espera do filho na família

O nascimento torna-se um momento especial na vida dos pais e da família, quando as expectativas, sonhos, e sentimentos inusitados aparecem em volta do novo. Durante todo o processo, o nascimento é o momento mais esperado, quando as dúvidas e medos são amenizados, e finalmente, os pais acolherão o bebê nos braços, fazendo com que as incertezas que antes os rodeavam sejam diminuídas, fortalecendo a interação pais-filhos (GOUVEIA, 2007). De acordo com os relatos a chegada do filho os deixou felizes, mesmo aqueles que não esperavam esse filho demonstraram felicidade com a chegada do novo ser: “Na verdade ninguém esperava, os planos seriam mais adiante, com cinco anos de casado, ela engravidou logo, e nos estávamos com dois anos de casados, mas fiquei feliz com a notícia; “Desejei muito, era tudo que eu queria, fiquei muito feliz quando minha esposa me deu a notícia que estava grávida”.

Nos discursos dos pais observou-se que a chegada de um novo ser na família foi considerado como um acontecimento esperado e que os deixou muito feliz, considerando apenas dois pais que esperavam que a gravidez da esposa acontecesse em outro momento de suas vidas, mas isto não significou que o mesmo não tivesse sido planejado para aquele momento.

O sentimento dos pais diante da prematuridade

Segundo Gurgel; Rolin, (2005) e Gouveia, (2007) quando o recém-nascido (RN) nasce prematuramente ocorre uma brusca separação entre pais e filhos. Este fato faz com que a mãe sinta tristeza, medo e estresse, pela fragilidade e insegurança quanto a vida do filho especialmente em decorrência da internação do bebê na Unidade de Terapia intensiva (UTIN), o que pode prejudicar o estabelecimento do vínculo e apego entre eles. Nesse momento, ambos não estão preparados para enfrentar esta situação, ocorrendo um afastamento da tríade mãe-filho-pai, iniciando-se um processo doloroso e necessário para o restabelecimento do RN. Pode-se observar a impressão e o sentimento dos pais com relação ao estado do filho nas seguintes falas: “No início foi complicado, fiquei preocupado quando vi o bichinho lá bem pequenininho, agora estou mais tranquilo porque ele tá aqui com a mãe dele crescendo e engordando, só falta ir logo para casa.”; “Normal, não fiquei tão preocupado porque sabia que ele está bem cuidado”.; “Fiquei assustado, não era planejado ele nascer antes do tempo, fiquei com muito medo por ele ser muito pequeno, mas agora já estou mais tranquilo e já me acostumei com a idéia”.

Com relação ao sentimento deles diante da prematuridade dos filhos, pode-se observar que os pais tiveram sentimentos como: medo, preocupação, receiosidade, emoção, porém, logo expressarem terem ficado tranquilos após o encaminhamento do filho ao MMC, pois sabiam que os filhos ficariam sendo cuidados pelas mães e que os pais poderiam realizar visitas diárias a qualquer hora do dia. O nascimento, em condições normais, já traz consigo várias dificuldades, atribuídas a diversos fatores, envolvendo o cuidado ao RN.

Conhecimento do Pai sobre o Método Canguru

Segundo Costa (2005) o método canguru é um conjunto de ações, conceitos e valores consubstanciado na assistência humanizada oferecida ao RNBP, aos pais e aos demais familiares desde o nascimento, promovendo o primeiro encontro entre o bebê e a mãe, a comunicação entre a família e equipe, o contato pele-a-pele precoce e crescente, além de oferecer a oportunidade de escolher o tempo em que permanecerão com o bebê na posição canguru. Sendo esta a posição em que o prematuro é colocado entre os seios deve estar se possível apenas de fraldas, em posição vertical e com o tórax e abdome fazendo o contato pele-a-pele.

O que pude observar nos relatos dos pais é que realmente há desconhecimentos deles acerca do método canguru, porém pode-se evidenciar com suas falas que os mesmos tiveram todas as informações necessárias sobre o MMC, incluindo a participação dos mesmos junto ao cuidado com o filho: “Nunca tinha ouvido falar no método canguru, a primeira vez foi aqui na MEAC quando o bebê estava na UTI a enfermeira me disse que ele poderia ir para o MMC e que aqui ele ia poder ficar o tempo todo com a mãe dele e que eu também poderia visitar a qualquer hora do dia e que eu poderia também colocar o bebê na posição canguru”.; “Meu filho estava na UTIN, eu passei aqui e perguntei o que era, a enfermeira explicou que era a enfermaria canguru e me convidou para conhecer então eu gostei muito e fiquei com vontade do meu filho vim logo pra cá”.

Conforme relatado nos discursos percebe-se que todos os pais não sabiam o que era o MMC e que na maternidade tiveram todas as informações necessárias sobre o método, informações essas dadas por profissionais da UTIN e do próprio MMC, diante disto observou-se que após essas informações os pais ficaram ansiosos para participarem do MMC, com a pretensão de verem seus filhos junto de suas mães e poderem também estar presentes nos cuidados prestados ao filho no MMC. Nota-se que a maior preocupação dos pais é manter seus filhos na presença de suas mães e que o fato de poderem presenciar o cuidado com o RNBP e de poderem também participar nesse cuidado os levou a aderirem ao MMC.

O pai e o cuidado com o filho prematuro

Esses cuidados têm como base as evidências clínicas dos RNBP que apresentem elementos fundamentais para a alta precoce, como amamentação exclusiva, a posição canguru que promove calor e ativa os estímulos, a educação e informação dos pais e da família nos cuidados aos RNBP, sendo também acompanhados ambulatorialmente para monitorar o crescimento e desenvolvimento. (REBOUÇAS, 2008).

Pode-se observar nas falas dos entrevistados: “li o livrinho que fala como é o método mãe canguru, aprendi a manusear o meu filho que é muito pequenininho e que se deve lavar as mãos antes de pegar nele para ele não adoecer com as bactérias que tem nas mãos da gente pois ele tem a imunidade baixa”; Aprendi a banhar, dá banho de sol e que temos que lavar as mãos toda vez que for pegar nele para ele não adoecer”.

Observa-se nos relatos dos pais que o método canguru os proporciona um grande aprendizado com relação aos cuidados prestados aos RNBP, todos os pais relataram que prestaram cuidados a seus filhos como: dar banho posicioná-lo corretamente, colocar na posição canguru, alimentar, trocar fralda, etc. Observa-se que para os pais esses cuidados são prazerosos para eles e importantes para os filhos. Segundo Dias (2009) em um estudo realizado com as mães no método canguru, os sentimentos expressados pelas mães neste momento emergiram na forma não verbal, com um olhar de alívio. A forma de cuidar e estar junto deles era recompensador para elas, tendo como relato a esperança de logo voltar para suas casas mesmo não sabendo quando iriam para suas casas restabelecer suas rotinas diárias.

Sentimento do pai ao cuidar do filho prematuro

Para Matteson, (2001), Apud Ricci, (2008), tornar-se pai pode ser um período de tempo de perplexidade, assim como de grande mudança social. A transição para a paternidade é influenciada por muitos fatores, inclusive a participação no parto, os relacionamentos com outras pessoas importantes, a competência em relação ao cuidado com o bebê, a organização do papel familiar, a formação cultural do pai e o método de alimentação do bebê. Observe nas falas: “Ele é muito frágil, é preciso saber manejar direito”;

“Eu fico preocupado, mas medo não, fico preocupado de machucar e de pegar de mal jeito”.

Os relatos evidenciam que apenas dois pais ao cuidarem de seus filhos prematuros, sentem medo por conta da prematuridade e por acharem o bebê muito pequeno, porém os demais se sentem seguros por terem aprendido a realizar o manuseio adequado ao prematuro no MMC. Poucos estudos abordam a questão do cuidado do pai ao RN prematuro, assim como existem poucos relatos de experiências dos pais no método canguru, a participação da mãe é mais enfatizada como mostram vários estudos relacionados ao tema.

Promoção do vínculo afetivo do pai com RN

Ferreira e Vieira (2003) consideram o apego como resultado de um processo vê-se que este não é independente nem imediato, mas depende de toda uma relação, sendo esta feita através de trocas mútuas de estímulos, o que leva a uma dependência entre os participantes do processo. Segundo os pais: “Agente fica o tempo todo querendo vê, pegar, o amor que eu sinto é imenso”; “Eu acho que sim, a primeira vez que eu vim aqui visitar ele estava chorando muito, então, colocaram ele em meu peito então ele se calou, ficou bem tranquilo, e quando eu tirei ele voltou a chorar muito, ele sente meu cheiro, conhece minha voz, eu conversava muito com ele quando ele ainda estava na barriga da mãe”.

Os pais relataram com unanimidade achar importante a sua participação na promoção do vínculo afetivo com seu filho no método canguru, relatando que os RNBP sentem sua presença e os reconhecem como pai, pois se acalmam, crescem mais rápido, ganham peso e se recuperam logo para ir para casa. Frequentemente, os pais são retratados como bem intencionados, mas desajeitados, quando cuidam dos recém-nascidos. Os pais têm seus próprios meios de se relacionar com seus recém-nascidos e podem tornar-se tão acalentadores quanto às mães. As reações acalentadoras de um pai podem ser menos automáticas quanto às de uma mãe, mas os pais conseguem criar um vínculo muito forte com seus filhos recém-nascidos (SEARS, 2004, APUD, RICCI, 2008).

Importância da presença do pai para mãe e o RN

Segundo Fonseca (2005), A presença paterna tem sido cada vez mais frequentemente. Não é raro observar manifestações de comportamento indicadores das dificuldades que eles enfrentam para expressar ou compartilhar seus sentimentos, contrariando o que a sociedade deseja do homem, como esperança e apoio a sua esposa e a outros familiares. Corrobora as falas: “Minha esposa e meu filho precisam diariamente da minha presença aqui, mas não posso está aqui todos os dias, se eu pudesse eu viria todos os dias o dia todo”; “A presença do pai reforça o verdadeiro sentido da família. O carinho e palavras de apoio do pai para a mãe e o bebê são como se fossem um bálsamo que renova e gera forças para que esta família siga adiante. De segunda a sexta estou presente no método canguru. Venho pela manhã cedo antes de ir para o trabalho e após o trabalho também, aos sábados e domingos também estou aqui, faço questão de praticar o método canguru com meu filho tendo com ele o contato pele-a-pele. Obrigado método canguru”.

Para Branco (2009), a atenção de pais cuidadores contribui positivamente para toda família, a saúde da mulher e facilitada e a dedicação amorosa aos filhos favorece aos próprios homens, ampliando suas vivências masculinas para além do papel de provedores. Atualmente, para Montgomery e Carvalho (2005), o homem se envolve nas questões simples do cotidiano dos filhos, nos cuidados básicos que outrora eram atribuídos apenas à mulher. Ele deixou de ser apenas o provedor, macho inseminador, dominador, para se permitir envolver afetivamente revelando sentimentos com o carinho, amor, apego e responsabilidade para com a prole e compartilhar com sua mulher as preocupações do dia a dia.

Conclusão

A presença do pai no método canguru e sua participação nos cuidados com o RNBP proporcionou um vínculo afetivo entre pai e filho, sendo esse um fator de fundamental importância para a qualidade de vida e sobrevivência do recém nascido (RN) após a alta da unidade neonatal. Os cuidados com o RNBP no Método Canguru têm sido prática quase exclusiva das mães, porém a participação paterna é de fundamental importância na promoção da afetividade entre pai e filho. O pai pode atuar nos cuidados ao RNBP junto à mãe para que alguns medos relatados por eles a respeito do manuseio e cuidado sejam bem trabalhados. A

demanda das visitas pelos pais ainda é pequena talvez um pouco pela falta de conhecimentos dos pais sobre os direitos de visitas que neste caso é livre. Não foi encontrado nenhum estudo que abordasse a participação paterna no MMC, todos os artigos encontrados abordam a prática materna no método, o que também despertou o meu interesse pelo tema, que precisa ser mais explorado pela comunidade acadêmica já que são poucos os estudos envolvendo a dinâmica paternal junto ao recém-nascido de baixo peso.

Referências

Inserir as referências bibliográficas segundo a norma da ABNT (ARIAL, 10) – Atenção para não ultrapassar as margens laterais.

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. Atenção humanizada ao recém nascido de baixo peso: método canguru: manual do curso / Secretaria de políticas de saúde, Área de Saúde da Criança.-1º. Edição - Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
2. CABRAL, I.E; RODRIGUES, E.C. O método mãe canguru em uma maternidade do Rio de Janeiro 2000-2002: necessidades da criança e demanda da educação em saúde para os pais. Texto Contexto Enferm., Florianópolis, v.15, n. 4, 2006.
3. TRONCHIN, D. M. R.; TSUNECHIRO, M.A. Cuidar e o conviver com o filho prematuro: a experiência do pai. Rev Latino-am Enfermagem, v. 14, n. 1, p. 93-101, janeiro-fevereiro, 2006.
4. COSTA, R. Reflexões da equipe de saúde sobre o método mãe-canguru em uma unidade de neonatologia: um dialogo fundamentado na abordagem problematizadora. Florianópolis, 2005. [Dissertação de mestrado]. Universidade Federal de Santa Catarina, 228p.
5. BOWLBY, J, 1907 -. Apego: A natureza do vínculo. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes; 2000.

Agradecimentos

A enfermeira Beatriz Câmara chefe da enfermaria Canguru da MEAC, entusiasta deste método e que a todos contamina me incentivando a fazer este trabalho, que é o reconhecimento da importância desta unidade hospitalar na recuperação dos prematuros extremos e do seu brilhante trabalho juntamente com toda a sua equipe

Práticas de educação em saúde com adolescentes escolares: contribuições de um projeto de extensão.

Rhavena Maria Gomes Sousa Rocha - Universidade Regional do Cariri. Email: rhavena_mgsr@hotmail.com

Berenice Temoteo da Silva - Universidade Federal da Bahia

Aliniana da Silva Santos - Universidade Regional do Cariri

Lídia Samantha Alves de Brito - Universidade Regional do Cariri

Natália Daiana Lopes de Sousa - Universidade Regional do Cariri

Gleice Adriana Araújo Gonçalves - Universidade Regional do Cariri

Palavras-chave: Adolescente. Escola. Educação em Saúde.

Resumo

Considerando a relevância da universidade no contexto social, uma vez que seus objetivos vão além de formar profissionais e especialistas, a Universidade Regional do Cariri (URCA) tem contribuído para a promoção da saúde dos adolescentes escolares, através de estratégias de educação em saúde efetuadas por meio do projeto de extensão “Adolescer com Saúde”. Nesse sentido, o presente estudo objetivou avaliar as intervenções do projeto de extensão na perspectiva de seus facilitadores. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, desenvolvida na URCA, no município de Crato-Ceará, no período de novembro de 2011 a julho 2012. Foram entrevistados 10 facilitadores. As falas foram organizadas e analisadas por meio do Discurso do Sujeito Coletivo, obtendo as seguintes ideias centrais: “dinâmica apropriada”, “material escasso” “os resultados são as dúvidas esclarecidas”, “não percebo resultados”, “pode mudar de comportamento”, “não necessariamente muda de comportamento”. Conclui-se que o projeto avaliado vem desempenhando seu papel de maneira adequada, uma vez que a metodologia utilizada é apropriada para o público de adolescentes escolares, há o esclarecimento de dúvidas, mitos e tabus e pode haver mudança de comportamento juntamente com outros elementos inerentes ao contexto do adolescente.

Introdução

Entende-se que a adolescência é um período marcado por diversas mudanças, em que o adolescente busca a definição da sua própria identidade. Nessa época da vida, crescem a autonomia e a independência em relação à família e os jovens passam a experimentar novos comportamentos e vivências. Essa nova conduta pode trazer consigo importantes fatores de risco para a saúde, como o tabagismo, o consumo de álcool, a alimentação inadequada, o sedentarismo e o sexo não protegido (MALTA *et al.*, 2010). Acrescenta-se ainda o uso de drogas lícitas e ilícitas, o acometimento de Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST/AIDS, gravidez precoce, violência intra-familiar diante da problemática dessa gravidez, violência sexual e aborto.

Visando a ostentação e o fortalecimento de comportamentos saudáveis nos adolescentes, faz-se necessária a abordagem desses temas no âmbito familiar, escolar e por parte de toda a sociedade. Um método considerado efetivo que pode ser utilizado no contexto escolar consiste na aplicação de estratégias de educação em saúde. As ações educativas são artifícios utilizados para estimular os adolescentes a abordar temas de seu interesse, contemplando o contexto cultural em que estes estão imersos (AMORIM *et al.*, 2006). Entre os assuntos a serem discutidos destacam-se os que influenciam de forma direta na vida dos jovens, trazendo consequências presentes e futuras, individuais e coletivas, a fim de construir um conhecimento pautado na adoção de estilos de vida saudáveis (COSSA, JARDIM, 2011).

Considerando a relevância da universidade no contexto social, uma vez que seus objetivos vão além de formar profissionais e especialistas, a Universidade Regional do Cariri (URCA) tem contribuído para a promoção da saúde dos adolescentes escolares, através de estratégias de educação em saúde efetuadas por meio do projeto de extensão denominado “Adolescer com Saúde”. Este projeto é composto por docentes e acadêmicos do curso de enfermagem desta instituição e tem como público-alvo os adolescentes das escolas públicas do município de Crato – CE. As ações educativas utilizam de ferramentas como jogos, teatros, rodas de conversa, na tentativa de envolver os adolescentes nas temáticas propostas e estimular sua participação no auto-cuidado.

Por destinar as atividades educativas a uma clientela vulnerável a diversos comportamentos de risco, reconhece-se a importância do referido projeto na promoção da saúde do adolescente. A partir daí, surge à necessidade de compreender o que contribui e possibilita o alcance do êxito do projeto de extensão. Nesse sentido, o presente estudo objetivou avaliar intervenções do projeto de extensão “Adolescer com Saúde” na perspectiva de seus facilitadores.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, desenvolvida na URCA, localizada no município de Crato-Ceará, nos meses de novembro de 2011 a julho 2012. A escolha desse ambiente deve-se ao fato de que os facilitadores são acadêmicos desta instituição.

O “Adolescer com Saúde” constitui-se de seis oficinas, são estas: Sexualidade e Afetividade, Saúde Sexual e Reprodutiva, Drogas, Álcool, Correio Sentimental, Jogo e Gravidez na Adolescência. Cada uma destas aborda o seu tema através de dinâmicas direcionadas ao público adolescente, com vistas a esclarecer as dúvidas e tentar inserir nos jovens hábitos de vida mais saudáveis.

Os participantes da pesquisa foram 10 acadêmicos de enfermagem que atuavam como facilitadores nas oficinas supracitadas. A seleção ocorreu de forma intencional, seguindo aos seguintes critérios de inclusão: participar das atividades educativas no referido período e aceitar participar da pesquisa.

A avaliação do projeto ocorreu considerando a participação dos acadêmicos de enfermagem, facilitadores das oficinas no processo avaliativo empreendido pela pesquisa, na medida em que os indicadores de avaliação do projeto foram elaborados a partir dos próprios acadêmicos. Dessa forma, a pesquisa fundamentou-se nas seguintes etapas. A primeira consistiu na coleta de indicadores, em que os sujeitos foram indagados sobre suas expectativas e interesses acerca das atividades do projeto de extensão assim como sobre os assuntos que foram trabalhados e formas de abordagem destes. Foi entregue uma folha em branco aos participantes com a seguinte questão norteadora: “O que você acha que precisa ser melhorado na oficina que realizou?” A partir disso, foram elaborados os indicadores e posteriormente, postos em análise, mediante entrevista dos facilitadores.

Assim, na segunda etapa, foram realizadas as entrevistas semiestruturadas com os facilitadores, elaboradas com base nos indicadores. O instrumento de coleta de dados foi validado por meio do teste piloto com um dos facilitadores das oficinas.

Para a determinação da amostra foi utilizado o critério de saturação das respostas que segundo Polit, Beck e Hungler (2004, p.237), significa “amostrar até o ponto em que não é obtida nenhuma informação nova e é atingida a redundância”. Logo, o material construído no campo foi considerado suficiente quando se percebeu que as ideias acerca da questão da pesquisa começaram a se repetir.

As entrevistas foram organizadas e analisadas baseadas no Discurso do Sujeito Coletivo – DSC, em que pretende-se reconstruir, com trechos de discursos individuais, quantos discursos-síntese se julgue necessários para expressar uma dada opinião sobre um fenômeno (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

A presente pesquisa consiste em um recorte do projeto intitulado “Análise por Triangulação de Métodos das Práticas de Educação em Saúde com Adolescentes Escolares”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da URCA, de parecer Nº 26/2011.

Resultados e Discussão

Considerando a avaliação no tocante as intervenções do projeto “Adolescer com Saúde” na perspectiva dos facilitadores do projeto, as ideias centrais obtidas estão dispostas a seguir. Evidencia-se que os questionamentos são provenientes dos indicadores sugeridos pelos próprios facilitadores.

Discurso do Sujeito Coletivo

Quando questionados sobre o que achavam da metodologia, das oficinas e do material utilizado pelo projeto, foi possível identificar duas ideias centrais na fala dos facilitadores.

Eu acho que, no geral, ela é apropriada para público-alvo né? Porque como são adolescentes, eles gostam dessa questão de dinâmicas e acaba fazendo com que eles realmente participem. [...]se fosse só aquela coisa de ler e falar, falar, falar sobre tal assunto, eles não iam se interessar, iam ficar dispersos.. Tem que ser algo que prenda a atenção deles (Discurso/Ideia central 1).

Eu só acho um pouco escasso (material), como no caso da minha oficina, nós usamos muito material assim, preservativo, anticoncepcionais, que a gente precisaria de uma prótese. E aí a gente ainda não teve como ter esse material [...] Só fica complicado um pouquinho isso (Discurso/Ideia Central 2).

O primeiro discurso demonstra que a metodologia é apropriada para o público-alvo, pois prende a atenção e aguça a curiosidade do adolescente, diferentemente do que aconteceria se fosse uma explanação mais teórica, pois os adolescentes poderiam ficar dispersos e julgar a atividade monótona. A dinâmica de grupo é uma técnica educacional utilizada em projetos que visam o ensino-aprendizado, pois possibilita o envolvimento dos sujeitos pela socialização de vivências, valorizando não só a teoria, mas também a prática. Diversos recursos podem ser empregados nas dinâmicas de grupo, como a fala, a arte e os movimentos corporais (CONILL; SCHERER, 2003).

É primordial a contribuição de atividades de caráter lúdico e participativo na edificação de saberes em saúde dos adolescentes, possibilitando a integração dos mesmos em debates sobre assuntos de seu interesse, embasados em questões que emergem do seu próprio cenário de vida (COELHO *et al.*, 2011). Assim, a utilização de estratégias tais como dramatizações, apreciação crítica de vídeos, construções de atividades lúdicas, dinâmicas grupais, exposição dialogadas, expressões corporais entre outras, por meio do uso de uma linguagem diversificada, motivam o grupo de adolescentes, ao instaurar um processo de interação entre educandos e educadores. Dessa forma, os adolescentes são levados a uma reflexão crítica e ao estímulo à criatividade e iniciativa (AMORIM *et al.*, 2006). Tais atividades oportunizam aos jovens a exposição de seus conhecimentos prévios e dúvidas e debates sobre informações científicas em linguagem clara e objetiva (COELHO *et al.*, 2012).

O segundo discurso revela que por mais positivas que sejam consideradas as atividades, a escassez de recursos é apontada pelos membros do projeto como um obstáculo significativo. No caso da oficina que aborda os métodos anticoncepcionais, seus membros utilizam aparatos como preservativos para demonstrar como se dá o manuseio, o que se torna limitado devido à ausência de próteses das genitálias femininas e masculinas.

Questionados sobre os resultados percebidos nas atividades dos grupos, deparou-se com duas ideias centrais:

As dúvidas são esclarecidas, muitos tabus, muitos mitos que os adolescentes tem são tirados no momento das oficinas. Aquela dúvida que ele poderia ter há muito tempo e ele tirando no momento da oficina eu acho que já um resultado (Discurso/ Ideia Central 1).

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

505

Eu acho muito difícil de ver resultado na hora. Não consigo fazer essa avaliação não. Até porque a gente só vai e só tem um contato com aquela turma, que é no dia da aplicação da tecnologia. Então não dá para sentir se mudou alguma coisa, nem no começo nem ao final da atividade, porque isso não muda (Discurso/ Ideia Central 2)

A partir dos discursos, percebe-se que durante a prática das oficinas, foi possível observar alguns resultados, segundo parte dos facilitadores. Para estes, as dúvidas que são esclarecidas, os mitos, os tabus e os questionamentos que são solucionados já representam resultados. Outros facilitadores já acreditam que é pouco provável perceber resultados de imediato, já que cada oficina é realizada apenas uma vez em cada sala, isto é, não há um novo encontro para avaliar os efeitos.

Nesse sentido, o estudo realizado por Lopes *et al.*, (2011) sobre a proposição de oficinas de atividades com jovens no interior da escola pública, contribui com esse resultado ao afirmar que a oficina de atividades é uma ferramenta que tem propiciado um diálogo próximo com os jovens, permitindo ampliar as formas de se conceber a ação educativa inserida no interior da escola, objetivando seu fortalecimento e sua ressignificação para esses sujeitos. À medida que foram realizadas as atividades, os adolescentes percebiam a importância da transformação da realidade bem como da mudança do comportamento para hábitos saudáveis e atitudes positivas. Esses resultados também foram encontrados nos trabalhos de Dias e Bueno (2003), os quais referem que a aquisição de novos conhecimentos, habilidades e atitudes adotadas pelo adolescente resultam na melhoria da sua qualidade de vida, permitindo o resgate da cidadania e uma participação transformadora da realidade social.

Os facilitadores foram ainda interrogados sobre mudança de comportamento dos adolescentes referentes às temáticas abordadas nas oficinas, emergindo duas ideias:

Pode. Só não muda se não quiser, as informações são passadas, as oficinas são aplicadas de forma interativa pra que eles aprendam, que eles vejam o certo e o errado, então só não muda se não quiser (Discurso/Ideia Central 1).

Não, só por passarem pelo Adolescer não. [...] é uma decisão que não depende só dele, depende do parceiro, depende das outras pessoas. Mudar comportamento ele não vai mudar, mas ele vai ter uma aproximação com a informação, e se ele continuar, se ele tomar determinada atitude, ele vai saber que pode surgir tal consequência (Discurso/Ideia Central 1).

Foi perceptível, a partir dos discursos analisados, que a mudança de comportamento é considerada possível de acontecer, já que uma vez detentores do conhecimento, os adolescentes tornavam-se conhecedores das consequências oriundas de seus atos, e dessa forma, fariam uma escolha mais consciente. Em contrapartida, a mudança não depende exclusivamente deles, esta é sujeita ao meio em que está inserido o adolescente, visto que esses jovens sofrem influência da família, amigos, parceiro, meios de comunicação, entre outros.

É fundamental privilegiar e planejar atividades educativas na saúde da criança e do adolescente, almejando promover mudanças de comportamento, a partir de estratégias participativas (OLIVEIRA *et al.*, 2009). Entretanto, essa modificação de conduta não ocorre de forma isolada. Nenhuma organização é capaz de, isoladamente, realizar todas as ações necessárias para assegurar a saúde e o desenvolvimento aos adolescentes e jovens. Alianças e parcerias são essenciais para a criação das condições de proteção do bem-estar e para a maximização dos potenciais de todos eles (BRASIL, 2005).

A promoção da saúde do adolescente é objeto de debates, tanto na área acadêmica como nas instituições de saúde e educação. A principal preocupação é no sentido de estimular nos adolescentes comportamentos e estilos de vida saudáveis que insiram no eixo de motivação para o autocuidado (CAVALCANTE; ALVES; BARROSO, 2008). Neste sentido, supõe-se que o acesso à informação, por si só, não transforma as práticas sexuais juvenis, com uma conduta de autoproteção e de eliminação de possíveis riscos de DSTs/AIDS e/ou gravidez, mas as ações educativas grupais, por meio da metodologia participativa, podem diminuir esses riscos, por serem espaços de autoconhecimento e de construção de valores, e não só de repasse de informações (OLIVEIRA; RESSEL, 2010).

Conclusão

Entende-se que o referido projeto vem desempenhando seu papel de maneira adequada, uma vez que a metodologia utilizada é apropriada para o público de adolescentes escolares, tendo grande aceitação pelos facilitadores do projeto. Pôde-se perceber que o emprego de dinâmicas proporcionou um forte incentivo para a educação em temas importantes na adolescência, promovendo uma maior interação entre os adolescentes, como também um aprendizado mais efetivo. Assim, percebe-se a importância do uso de atividades de educação em saúde para promoção da saúde do adolescente.

Contudo, deve-se atentar para a questão da escassez de materiais necessários à realização das atividades e para a necessidade de encontros posteriores, já que um único momento com cada turma gerou um aprendizado, mas não suficientemente concreto.

O projeto de extensão contribui ainda ao esclarecer dúvidas e desmistificar mitos e tabus dos adolescentes e ao trazer informações úteis acerca dos temas que mais os vulnerabilizam. Esses indivíduos geralmente buscam o conhecimento através da mídia, amigos e outras fontes, por vezes, não confiáveis. Compreende-se que a mudança de comportamento é possível, mas é fruto não apenas das atividades do projeto, mas de uma série de elementos inerentes ao contexto do adolescente, como família, parceiro, situação econômica, social e cultural.

Logo, a proposta de avaliar as intervenções do projeto de extensão foi bastante exitosa visto que trouxe importantes contribuições que servirão para nortear as atividades do grupo, o que certamente facilitará a aplicação de uma adequada abordagem educativa.

Referências

AMORIM *et al.* Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros na promoção à saúde do adolescente. **RBPS**. v.19, n.4, p.240-246, 2006.

BRASIL . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Série A: Normas e Manuais Técnicos. Saúde integral de adolescentes e jovens. Orientações para a Organização de Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CAVALCANTE, M.B.P.T.; ALVES, M.D.S.; BARROSO, M.G.T. Adolescência, Álcool e Drogas: Uma Revisão na perspectiva da Promoção da Saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v. 12, n.3, p. 555-559, set.2008.

COELHO *et al.* “Papo irado”: tecnologia de educação popular em saúde com adolescentes. **Rev APS**. v.14, n.4, p.502-506, out/dez 2011.

_____ *et al.* Educação em saúde com adolescentes: compartilhando vivências e reflexões. **Cienc Cuid Saude**. v.11, n.2, p.390-395, Abr/Jun 2012.

CONIL, E.M.; SCHERER, M.D.A. Novas estratégias em educação: avaliação da técnica Tribunal do Júri na capacitação de conselheiros na área de saúde da mulher em Santa Catarina, Brasil. 2003. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p.525-534. mar./abr 2003.

COSSA, A.P.P.; JARDIM, D.P. O enfermeiro na educação em saúde na adolescência nos últimos dez anos. **Rev. Enferm UNISA**. v.12, n.1, p.58-63, 2011.

DIAS, A.; BUENO, S.M.V. Programa Educativo sobre Sexualidade, DST/AIDS e Sexo Seguro, Desenvolvido junto aos Alunos do Curso Técnico de Enfermagem: um Relato de Experiência. **Rev Nursing**. v.58, n. 6, p.14-16, 2003.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2 ed., Caxias do Sul. RS: Educs, 2005.

LOPES *et al*. Oficinas de atividades com jovens da escola pública: tecnologias sociais entre educação e terapia ocupacional. **Interface**. v.15, n.36, Jan./Mar. 2011.

MALTA *et al* . Prevalência de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), Brasil, 2009. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 15, supl. 2, p. 3009-3019, Oct. 2010.

OLIVEIRA *et al*. As ações de educação em saúde para crianças e adolescentes nas unidades básicas da região de Maruípe no município de Vitória. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.14, n.2, p.635-644, 2009.

OLIVEIRA, S.G.; RESSEL, L.B. Grupos de Adolescentes na Prática de Enfermagem: Um Relato de Experiência. **Ciência, Cuidado e Saúde**. v.9, n.1, p. 144-148, jan/mar 2010.

POLIT, D.F; BECK, C.T; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: método, avaliação e utilização. 5 ed., Porto Alegre: Artmed, 2004, cap. 10.

Agradecimentos

Aos facilitadores do projeto de extensão Adolescer com Saúde pela importante contribuição.
Universidade Regional do Cariri (URCA)
Programa de Pós-Graduação de Mestrado Acadêmico em Enfermagem (PMAE) da URCA.
Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP).
Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (GRUPESC).
Grupo de Pesquisa Enfermagem, Saúde e Sociedade (GRUPESS).
Grupo de Pesquisa em Avaliação do Sistema Único de Saúde (GPTSUS).

Prevalência das Infecções Comunitárias: Fornecendo subsídio para intervenções

Autor 1 (apresentador) – Layze Braz de Oliveira, Universidade Federal do Piauí, email: layzebraz@hotmail.com.

Autor 2 – Daniela Furtado Rodrigues de Andrade, Universidade Federal do Piauí.

Autor 3 – Álvaro Francisco Lopes de Sousa Universidade Federal do Piauí.

Autor 4 – Artur Acelino Francisco luz Nunes Queiroz, Universidade Federal do Piauí.

Autor 5 – Antonio Dean Barbosa Marques, Universidade de Fortaleza.

Autor 6 (Orientador) – Andréia Rodrigues Moura da Costa Valle, Universidade Federal do Piauí.

Palavras-chave: Infecção comunitária, Prevenção, Enfermagem.

Resumo

As infecções podem ser origem hospitalar, ocasionada durante a internação ou a alta se relacionada à internação, ou comunitária no qual é caracterizada pela infecção presente em período de incubação no tempo em que o paciente deu entrada em ambiente hospitalar, desde que não esteja relacionada com internação anterior. Desta forma definiu-se como objeto de estudo a prevalência das infecções comunitárias diagnosticadas na Estratégia Saúde da Família e como objetivo específico o estudo identificou o perfil dos pacientes atendidos na estratégia de saúde da família, as infecções mais prevalentes e o perfil das prescrições de antibióticos. Como resultado identificou-se segundo os dados de identificação que 51,11% são do sexo feminino com 28,89% apresentando uma faixa etária entre 20 a 59 anos, 48,89% são do sexo masculino no qual 27,78% apresentam uma faixa etária entre 1 a 19 anos. Em relação ao estado civil observou-se que 66,67% dos pacientes eram solteiros. Segundo a prevalência de infecções presentes na comunidade, 51,11% são infecções respiratórias sendo que destas 63,04% são amigdalites; 22,22% são infecções sexualmente transmissíveis sendo que destas 75% eram casos de sífilis; e 16,67% são infecções de pele no qual 53,33% são furúnculo e 10,00% são infecções intestinais representadas pelas diarreias (100%). Segundo a prescrição de antibióticos, 89% dos pacientes apresentou prescrição de antibióticos e apenas 11% não apresentou prescrição. Em relação ao antibiótico prescrito para pacientes com infecção 50% são de prescrições de amoxicilinas, seguido de 15 % de penicilina e 12% de cefalexina.

Introdução

INTRODUÇÃO: Na atualidade entende-se que as doenças possuem uma etiologia complexa, podem ser de origem hospitalar, ocasionada durante a internação hospitalar ou a alta se relacionada à internação, ou comunitária no qual é caracterizada pela infecção presente ou em período de incubação no tempo em que o paciente deu entrada em ambiente hospitalar, desde que não esteja relacionada com internação anterior (BRASIL,1998). As infecções representam um dos agravos clínicos de maior impacto para a humanidade face às altas taxas de morbidade e mortalidade, distúrbios sociais, assim como as perdas econômicas mundialmente registradas. Inquestionavelmente desafiam os avanços científico-tecnológicos, mobilizando a atenção de profissionais, pesquisadores e organizações em busca de medidas efetivas de prevenção e controle. Em 1994, foi estabelecido o Programa Saúde da Família, hoje denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), com o intuito de reorganizar o modelo assistencial vigente, com modo substitutivo, complementando práticas convencionais, com o foco na atenção preventiva e integral, originando práticas que se adequassem a realidade da população e proporcionando melhores condições para as mesmas, principalmente aquelas em situação de vulnerabilidade social, sem deixar de assistir pessoas com melhores condições de vida, a ESF se institui com a proposta de controle de doenças mais prevalentes assim como apresenta uma combinação de tecnologias e uma correlação de forças favoráveis às mudanças o que muitas vezes proporciona subsídio para estabelecimento de estratégias para o conhecimento da situação e fortalecimento da prevenção por meio da educação em saúde (CECCON et al, 2013). Desta forma definiu-se como objeto de estudo a prevalência das infecções comunitárias diagnosticadas na Estratégia Saúde da Família. Como objetivo específico o estudo identificou o perfil dos pacientes atendidos na estratégia de saúde da família, as infecções mais prevalentes e o perfil das prescrições de antibióticos.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo de abordagem quantitativa. A pesquisa foi desenvolvida na Unidade Básica de Saúde do Bairro vamos ver o sol com o nome de Antônio Pessoa dos Santos localizado na zona sul de Teresina. Constitui-se em uma UBS composta por equipes da Estratégia Saúde da Família

(ESF), A população do estudo foi constituída por pessoas inscrita na referida UBS atendidas em consultas médicas e que forem diagnosticadas com algum tipo de infecção adquirida na comunitária, no período de janeiro de 2013 a janeiro de 2014. A amostra não probabilística por conveniência foi constituída de 90 pacientes. A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de formulário com perguntas abertas e fechadas, aplicado pelos alunos que participam da pesquisa. O critério de inclusão da amostra foi o diagnóstico de infecção comunitária em pessoas que procurem atendimento médico na referida UBS no período de 1º de janeiro de 2013 a 31 de janeiro de 2014. O critério de exclusão correspondeu aos usuários que foram atendidos na UBS, mas que não foram diagnosticados com algum tipo de infecção comunitária. Foram eliminados os prontuários com dados ilegíveis e aqueles nos quais as informações para avaliação de adequação não estavam disponíveis. Os dados foram processados no programa Excel versão 2010 e distribuídos em gráficos e tabelas e analisados a luz das referências relacionadas a prevalência das infecções comunitárias diagnosticadas na Estratégia de saúde da família. O estudo foi submetido ao comitê de Ética em Pesquisa da UFPI, CAAE nº 23560313100005214 e os entrevistados assinaram o termo de consentimento livre esclarecido, obedecendo às recomendações da Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Resultados e Discussão

Em relação a distribuição total dos pacientes atendidos com infecção na unidade básica de saúde, segundo os dados de identificação e evidenciou que 51,11% são do sexo feminino com 28,89% apresentando uma faixa etária entre 20 a 59 anos, 48,89% são do sexo masculino no qual 27,78% apresentam uma faixa etária entre 1 a 19 anos. Em relação ao estado civil observou-se que 66,67% dos pacientes eram solteiros. Segundo a prevalência de infecções presentes na comunidade 51,11% são infecções respiratórias sendo que destas 63,04% são amigdalites; 22,22% são infecções sexualmente transmissíveis sendo que destas 75% eram casos de sífilis; e 16,67% são infecções de pele no qual 53,33% são furúnculo e 10,00% são infecções intestinais representadas pelas diarreias (100%). De acordo com o percentual dos pacientes com infecção atendidos na ESF de Teresina, segundo a prescrição de antibióticos, 89% dos pacientes apresentou prescrição de antibióticos e apenas 11% não apresentou prescrição. Em relação ao antibiótico prescrito para pacientes com infecção 50% são de prescrições de amoxicilinas, seguido de 15% de penicilina e 12% de cefalexina. DISCUSSÃO: Em relação ao perfil dos pacientes atendidos na ESF, observou-se que o número de mulheres (51,11%) apresenta um maior percentual em relação ao número de homens (48,89%). Na faixa etária feminina, existe uma prevalência entre 20 a 59 anos (28,89%) o que difere da masculina onde a faixa etária prevalente está em torno de 1 a 19 anos (27,78%), essa diferença de idade demonstra que os homens que mais frequentam a unidade básica são crianças e adolescentes que muitas vezes podem ser levados pelos pais. No que diz respeito ao estado civil 66,67% eram solteiros, 31,11% eram casados e apenas 2,22% eram viúvos, essa forte presença de solteiros pode ser ocasionada principalmente por 49% dos sujeitos da amostra se apresentam com uma faixa etária entre 1 a 19 anos. Em relação a infecções presentes na comunidade as infecções respiratórias são as mais prevalentes (51,11%), destas a maioria é representada pelas amigdalites (64,04%), esses resultados corrobora com o estudo de Alvarez Castello et al (2008) o qual discorre que as infecções respiratórias de destaque foram faringoamigdalite aguda, amigdalite e rinofaringite. Um dos principais agentes bacterianos responsáveis por essas infecções é a espécie *Streptococcus pyogenes*, porém essas infecções são em sua maioria de origem viral, a utilização de antimicrobianos visa à prevenção de complicações como febre reumática ou abscessos periamigdalianos nas infecções de origem estreptocócica. As infecções respiratórias trazem como principais consequências a morbidade, mortalidade e a demandas de recursos para a saúde a um nível mundial, e o uso de antimicrobianos é o fator mais preocupante em virtude da resistência aos antibióticos no futuro próximo, segundo um documento de consenso para a prevenção de infecções respiratórias em adultos algumas ações gerais são necessárias para prevenir essas infecções como a cessação do tabagismo, controle de doenças crônicas, uso criterioso de terapias imunossupressoras, aconselhamento em relação ao uso de álcool e dependência de drogas, estado nutricional adequado e algumas ações específicas como vacinas anti-gripe e a pneumocócica (FROES et al, 2014). Entre as infecções presentes na comunidade as infecções sexualmente transmissíveis estão entre a segunda mais prevalente dentre elas a sífilis adquiriu maior destaque, seguido da *Trichomonas vaginalis* e *Chlamydia*. Essas infecções são consideradas um problema de saúde pública e se encontram entre as primeiras cinco categorias de doenças para as quais adultos em países em desenvolvimento mais buscam ajuda médica (BARCELOS et al, 2008). As implicações mais graves e de maior duração dessas infecções surgem nas mulheres ocasionando principalmente câncer cervical, doença inflamatória pélvica, infertilidade, aborto espontâneo e gravidez ectópica, que pode acarretar óbito materno. Com isso observa-se a importância de se elencar fatores de riscos no atendimento ao paciente como uso de álcool, drogas, violência, assim como avaliar o comportamento sexual como a idade da primeira relação, quantidade de parceiros, estado civil, uso e conhecimentos do uso de preservativos, para que a equipe de forma multidisciplinar possa implementar ações dentro da estratégia de saúde da família de forma integral (BARCELOS et al, 2008). A infecção de pele ocupa a terceira infecção mais prevalente, dentre estas se destaca o furúnculo, seguido da Onicocriptose entre as infecções de pele é comum a presença do *Staphylococcus aureus*, que por sua vez parte da flora natural e por condições adversas como a quebra da barreira cutânea ou diminuição da imunidade, se instalam no organismo ocasionando infecções principalmente envolvendo a pele e tecido subcutâneo com abscesso geralmente são resistentes a β – lactâmicos Perez et al (2014) reforça que o tratamento relacionado a esse tipo de infecção pode ser realizado com a drenagem dos abscesso e tratamento local diariamente em casos de abscessos extrafacial de menores de 5 cm de diâmetro em pacientes não diabéticos e imunocompetentes sem envolvimento miofacial (NETTO et al, 2001). Apesar das infecções intestinais representadas pela diarreia se apresentarem como a menos prevalente entre as infecções presentes, é importante enfatizar esse problema principalmente porque são responsáveis pelas altas taxas de morbi-mortalidade em criança menores de cinco anos. Em 2008, cerca de 1,3 milhões de crianças menores de 5 anos de idade morreram no mundo (HUDA et al 2012). Inúmeras intervenções de pequena escala com foco na melhoria das práticas de higiene e tratamento de água têm sido eficazes na redução da diarreia infantil, há também evidências de que as intervenções de armazenamento de água e saneamento podem reduzir diarreia. Dificuldades na intensificação de intervenções eficazes comprovados ocasionam lacunas nas estratégias de ação, assim como, recursos limitados, dificuldades em estimar as necessidades de recursos e gastar esses recursos com eficácia e eficiência, bem como o curto espaço de tempo para o planejamento, implementação, integração e sustentar as intervenções (HUDA et al 2012). as prescrições de antibióticos se apresentou com altos índices de acordo com infecções presentes na comunidade, a hipótese de diagnóstico realizada na atenção primária foi predominantemente clínica com queixas, sinais e sintomas não foi identificado nenhum diagnóstico por exame laboratorial, dentro da atenção básica. No atendimento dos pacientes como infecção pode haver dificuldades de se estabelecer a etiologia da infecção além da não disponibilidade de exames laboratoriais complementares rápidos ao nível ambulatorial, diante disso poderia ser viável optar pela utilização da antibioticoterapia afim de diminuir a margem de erro na prescrição de antibiótico. Em relação ao tipo de antimicrobiano prescrito a amoxicilina se apresentou com a metade das prescrições, esses resultados assemelham-se aos encontrados por Abrantes et al (2008) o estudo demonstrou índices de 47% das prescrições de amoxicilina, as características desse medicamento são amplo espectro, administração oral e boa tolerabilidade o que favorece a escolha desse medicamento nas unidades básicas. CONCLUSÃO: Em relação ao perfil dos pacientes 51,11% são do sexo feminino, com faixa etária prevalente entre 20 a 59 anos (28, 89%) e 48,89% do sexo masculino, com faixa etária predominante entre 1 a 19 anos (21,11%). Ainda, 66,67% da amostra eram solteiros. Entre as infecções presentes na atenção básica as respiratórias estão entre as mais prevalentes com 51,11%, sendo que 63,04 destas estão

representas pelas amigdalites. Quanto ao tratamento das infecções, 89% apresentou prescrição de antibiótico, sendo que o antibiótico mais prescrito foi a amoxicilina (50%).

Conclusão

Em relação ao perfil dos pacientes 51,11% são do sexo feminino, com faixa etária prevalente entre 20 a 59 anos (28, 89%) e 48,89% do sexo masculino, com faixa etária predominante entre 1 a 19 anos (21,11%). Ainda, 66,67% da amostra eram solteiros. Entre as infecções presentes na atenção básica as respiratórias estão entre as mais prevalentes com 51,11%, sendo que 63,04 destas estão representas pelas amigdalites. Quanto ao tratamento das infecções, 89% apresentou prescrição de antibiótico, sendo que o antibiótico mais prescrito foi a amoxicilina (50%). É importante o enfermeiro identificar, na ESF, suas competências para atuar na prevenção e promoção de saúde inserindo-se em programas, projetos e/ou ações de prevenção e controle das infecções na atenção primária, elencando políticas públicas direcionadas ao controle de infecção comunitária enfatizando a importância da disponibilização portarias e manuais. O prontuário eletrônico pode ser um facilitador da comunicação da equipe de saúde, uma vez que, a não compreensão dos dados contidos no prontuário inviabiliza planejamentos de ação e intercomunicação da equipe, com isso identifica-se a importância da inserção do prontuário eletrônico dentro das equipes de saúde. Outro fator pertinente é a questão do preenchimento completo do prontuário, além do não preenchimento dos dados socioeconômicos, a não identificação dos fatores de risco para as doenças e agravos que acometem os sujeitos da pesquisas favorece inviabilização da construção de planos de ação, promoção e prevenção de saúde.

Referências

ABRANTES, P. M.; MAGALHÃES, S. M. S.; ACÚRCIO, F. A.; SAKURAI, E. A qualidade da prescrição de antimicrobianos em ambulatorios públicos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, MG. Ciênc. saúde coletiva vol.13 suppl.0 Rio de Janeiro Apr. 2008

ALVAREZ CASTELLO, M.; ALMARALES, R. C.; RODRIGUEZ, A. A.; DEYBIS, H. O. S.; MARTÍNEZ, M. G.; CASTELLÓ, M. G. Infecciones respiratorias altas recurrentes: Algunas consideraciones. Rev Cubana Med Gen Integr, Ciudad de La Habana, v. 24, n. 1, marzo 2008 .

BARCELOS, M. R. B.; VARGAS, P. R. M.; BARONI, C.; MIRANDA, A. E. Infecções genitais em mulheres atendidas em Unidade Básica de Saúde: prevalência e fatores de risco. Rev. Bras Ginecol Obstet.; 30(7):349-54. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde: Portaria 2.616, de 1998. Brasília, disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.htm >. Acesso em 2 de março de 2014.

FROES, F; DINIZ, A; CORDEIRO, C. R; SERRADO, M; ALMEIDA A.R, Consensus document for the prevention of respiratory infections in adults. Rev. Port. Pneumol. 20(2) :111---114, 2014;

HUDA, [T. M. N](#); UNICOMB [L.](#); JOHNSTON, [R. B.](#); HALDER, A. K.; SHARKER, [M. A. Y.](#); LUBY, [S. P.](#) [Interim evaluation of a large scale sanitation, hygiene and water improvement programme on childhood diarrhea and respiratory disease in rural Bangladesh. Rev.Social Science & Medicine. Volume 75, Issue 4, August 2012, Pages 604–611.](#)

NETTO, M. Z.; HERREIRO, F.; BANDEIRA, C. O. P.; ITO, Y.; CIORLIN, E.; SAQUETI, E. E.; ANSILIEIRO, I. J.; GONSALVES, L.; SIQUEIRA V. L. D. *Staphylococcus aureus*: incidência e resistência antimicrobiana em abscessos cutâneos de origem comunitária. Acta Scientiarum Maringá, v. 23, n. 3, p. 709-712, 2001.

PÉREZ, A. P.; RODRÍGUEZ, O. B; RODRÍGUEZ, [M. C.C.](#); CEMBRANOS, M. D. M.; DOMÍNGUEZ, M.C.; FERNÁNDEZ, R.S. Skin infections caused by Community-Acquired Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus*: clinical and microbiological characteristics of 11 cases. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, Volume 105, Issue 2 , março 2014 , Pages 150-158.

Agradecimentos

Agradeço a minha família que sempre me apóia e ao núcleo de pesquisa em prevenção e controle de infecção em serviços de saúde

Prevalência da prática do coito interrompido e análise do líquido pré-ejaculatório

Andrezza Alves Dias (apresentador) – Universidade Federal do Ceará; andrezza_ufc@yahoo.com.br

Daniele Rosa Evangelista – Universidade Federal do Tocantins

Lidiane Nogueira Rebouças – Universidade Federal do Ceará

Escolástica Rejane Ferreira Moura (Orientador) – Universidade Federal do Ceará

Palavras-chave: Líquido pré-ejaculatório. Espermograma. Coito Interrompido.

Resumo

Objetivou-se avaliar a prevalência da prática do Coito Interrompido (CI) e descrever características de possíveis espermatozoides no líquido pré-ejaculatório (quantidade e qualidade). Pesquisa transversal, laboratorial, realizada no Hospital Geral de Fortaleza (Hospital do Exército), Ceará, Brasil, com 43 homens, quantitativo máximo atingido no período delimitado para coleta de dados, junho a novembro de 2012. Os critérios de inclusão foram: idade mínima de 18 anos e laudo do espermograma normal. Os dados foram processados pelo *Statistical Package for the Social Sciences* versão 18.0. As proporções entre a presença ou não de espermatozoides foram comparadas por meio do teste z para proporções. Para todas as análises, fixou-se como estatisticamente significativa $p < 0,05$. 31 (72,1%) homens não tinham filhos; 37 (86,0%) não utilizavam métodos anticoncepcionais e 2 (4,7%) homens afirmaram uso do CI como método; 29 (67,4%) haviam praticado CI alguma vez. Dos 43 (100%) participantes, 37 (86,0%) conseguiram coletar o sêmen; 33 (89,1%) conseguiram coletar o líquido pré-ejaculatório, apenas dois (6,0%) apresentaram raros espermatozoides no líquido pré-ejaculatório, sendo o tempo médio entre a última ejaculação e a coleta de espécimes de $4,24 \pm 3,07$ dias. Aplicando-se o teste z de proporção e comparando a proporção dos que não apresentaram espermatozoides no líquido pré-ejaculatório (0,94) com os que apresentaram (0,06), pode-se afirmar que a presença de espermatozoides no líquido pré-ejaculatório, na amostra estudada, foi devido ao acaso ($p < 0,0001$). Homens com espermograma normal não apresentam espermatozoides no líquido pré-ejaculatório. Mediante o exposto, concluiu-se que a ausência de espermatozoides no líquido pré-ejaculatório contribui para eficácia do coito interrompido.

Introdução

O Coito Interrompido (CI) é um Método Anticoncepcional (MAC) que não tem custo, não exige dispositivo ou produto químico, estando disponível em toda ocasião, desde que o homem esteja motivado para praticá-lo. Consiste na interrupção da relação sexual, com a retirada do pênis antes da ejaculação, evitando que o sêmen entre em contato com a vagina da parceira, impedindo, assim, o encontro dos espermatozoides com o óvulo.

Ortayli et al. (2006) afirma de que o CI é um método utilizado desde a antiguidade, representando um dos mais praticados no mundo, praticado por cerca de 38 milhões de casais.

O CI permite ao homem tomar o papel de corresponsável pela regulação da fecundidade, promovendo o diálogo do casal com relação à anticoncepção e própria sexualidade. Apresenta-se, ainda, como importante opção anticonceptiva para os casais que têm motivos religiosos ou filosóficos que não os permitem utilizar outros MAC (HATCHER et al., 2009).

Apesar dos benefícios expostos, a promoção do CI por parte de profissionais da saúde da atenção básica, incluindo o enfermeiro, é insuficiente. Estudo realizado com 195 profissionais de saúde (97 médicos e 98 enfermeiros) de 88 municípios pertencentes a quatro Regionais de Saúde do Estado do Ceará verificou que apenas 23 (27,4%) dos médicos e 33 (25,6%) dos enfermeiros divulgavam o método. A despeito, das 233 mulheres que aguardavam atendimento em Planejamento Familiar (PF), em unidades básicas de saúde dos respectivos municípios, 13,9% afirmaram ter praticado o CI e 2,6% encontravam-se atualmente usando (MOURA et al., 2011).

Essa prática profissional está respaldada em recomendações que estão cristalizadas nos manuais técnicos do próprio Ministério da Saúde (MS) do Brasil, como:

O coito interrompido, apesar de ser muito usado, não deve ser estimulado como método anticoncepcional, porque é grande a possibilidade de falha, pois o líquido que sai pouco antes da ejaculação pode conter espermatozoides. Às vezes, o homem não consegue interromper a relação antes da ejaculação (BRASIL, 2009. p. 42).

No manual técnico recém-atualizado, tratando sobre saúde sexual e reprodutiva, o MS mantém essa mesma mensagem desfavorável à prática do CI (BRASIL, 2010).

O mesmo se repete em âmbito internacional, quando o manual da Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma: o “CI é um dos métodos anticoncepcionais menos eficazes”, sem, entretanto, descrever evidências científicas que embasem tal afirmação (OMS, 2007). Nesse contexto, Ortayli et al. (2006) afirmaram que o CI é um dos MAC menos estudado, o que pode ser responsável pelo baixo estímulo ao uso por parte das instituições de saúde, como é o caso do MS do Brasil e da WHO.

O conhecimento, geralmente, aceito de que há, no líquido pré-ejaculatório, espermatozoides viáveis e em quantidade suficiente para fecundar, faz com que o CI seja considerado um MAC ineficaz. Essas informações ecoam entre os provedores de serviços

de saúde em todo o mundo, mesmo com as baixas evidências científicas acerca do tema e põem em dúvida toda uma prática dos profissionais de saúde dos serviços de PF que informam aos usuários sobre taxas de falhas elevadas do CI, devido à presença de espermatozoides no líquido pré-ejaculatório. Diante de tal realidade, objetivou-se descrever o perfil reprodutivo e uso de MAC, observando a prevalência da prática do coito interrompido entre os participantes da pesquisa; e descrever características de possíveis espermatozoides no líquido pré-ejaculatório (quantidade e qualidade).

Metodologia

Trata-se de estudo laboratorial, com delineamento transversal, realizado no Laboratório de Análises Clínicas (LAC) do Hospital Geral de Fortaleza (HGeF), também conhecido como Hospital do Exército, realizado com 43 homens, quantitativo máximo atingido no período delimitado para a coleta de dados (junho a novembro de 2012), que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos: ter a idade mínima de 18 anos e apresentar o laudo do espermograma normal. Foram fatores limitantes: a capacidade laboratorial de realizar apenas um espermograma por dia; somente um bioquímico ficou responsável pela leitura das lâminas do líquido pré-ejaculatório e pela realização do espermograma; a elevada abstenção de homens que se comprometeram com a realização do exame; por fim, houveram seis perdas relacionadas ao insucesso na coleta do líquido pré-ejaculatório ou do sêmen, apesar do desejo do homem em colaborar. Apesar de apenas um bioquímico avaliando o material ter sido dificuldade na fase de coleta de dados, essa informação foi positiva em relação ao rigor da leitura do material, uma vez que os critérios de avaliação não sofreram alterações. Ressalta-se ainda que o fluido pré-ejaculatório e o espermograma foram examinados sempre no mesmo microscópio. Os participantes foram exaustivamente orientados e preparados para coleta dos líquidos pré-ejaculatório e ejaculatório (sêmen), As amostras do foram obtidas por masturbação, no próprio laboratório, em um ambiente calmo e privado para evitar inibição, evitando coleta inadequada. A leitura da lâmina do líquido pré-ejaculatório foi realizada imediatamente após a coleta, verificando-se a presença ou não de espermatozoides neste líquido. Quanto ao espermograma, o sêmen foi inicialmente homogeneizado e mantido em estufa a 37° C, até a liquefação final e o exame foi realizado dentro de 30 a 60 minutos. Este exame avalia as características físicas (volume, viscosidade e cor) e químicas (pH e a liquefação) do sêmen (FILIPPINI et al., 2011). Os dados foram processados pelo *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 18.0, apresentados em tabelas e analisados por meio de estatística descritiva, utilizando frequência absoluta, frequência relativa, média ($\bar{x}$) e desvio padrão (S). Para comparação de médias, foram utilizados os testes t de Student e de Mann-Whitney. As proporções entre a presença ou não de espermatozoides foram comparadas por meio do teste z para proporções. Para todas as análises, fixou-se como estatisticamente significativa se $p < 0,05$. Para verificação de independência entre variáveis nominais, foi aplicado o teste de Qui-quadrado de Pearson. Entretanto, quando pelo menos 25% das frequências esperadas foram inferiores a cinco, foram aplicados o teste de Fisher-Freeman-Halton. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e as diretrizes e normas da Resolução no. 196/96 foram respeitadas (BRASIL, 2001).

Resultados e Discussão

Perfil reprodutivo e uso de MAC

Tabela 1 - Distribuição do número de homens, de acordo com o número de filhos e métodos anticoncepcionais em uso no transcorrer da pesquisa. Fortaleza, jun.-nov., 2012.

Variáveis (n = 43 – 100%)	N	%
Nº de filhos ($\bar{x}$ = 0,58; S= 1,11)		
Nenhum	31	72,1
1 – 3	11	25,6
4 – 5	1	2,3
Uso de MAC no período da pesquisa		
Não	37	86,0
Sim	6	14,0
Métodos em uso no transcorrer da pesquisa*		
Preservativo masculino	5	11,6
Coito Interrompido	2	4,7
Anticoncepcional Oral Combinado	1	2,3

* A soma foi maior que seis, pois alguns homens referiram usar mais de um MAC.

A maioria dos homens pesquisados, ou seja, 31 (72,1%), não tinham filhos. Esse dado pode ser reflexo do adiamento da maternidade por suas companheiras, pois de acordo com o IBGE (2008), para as jovens de 18 a 24 anos de idade, observou-se queda nos níveis de maternidade em 3,1%, passando de 38%, em 1996, para 34,9%, em 2006. Na fase adulta, com idade entre 25 e 49 anos de idade, a proporção de mulheres com filhos também se reduziu. Tais resultados confirmam as tendências de redução da fecundidade no País que vem ocorrendo nas últimas décadas, também evidenciado neste estudo. Não se pode deixar de mencionar a procedência de homens, do estudo sobre infertilidade, ou seja, que buscavam avaliação e acompanhamento para conceber. Tal fato reflete também a não utilização de MAC por 37 (86,0%) homens. Ademais, seis (14,0%) faziam uso de MAC, sendo o preservativo masculino o mais utilizado. Destaca-se que dois (4,7%) homens afirmaram o uso do coito interrompido (CI) como método anticoncepcional, demonstrando que o método é praticado localmente.

Influência do líquido pré-ejaculatório na eficácia do CI

Tabela 2 - Distribuição do número de homens, de acordo com os materiais laboratoriais coletados e frequência de normalidade, Fortaleza, jun.-nov., 2012.

Variáveis	N	%
Coleta do sêmen (n = 43)		
Sim	37	86,0
Não	6	14,0
Normalidade no espermograma (n = 37)		
Sim	37	100
Não	---	---
Coleta do líquido pré-ejaculatório (n=37)		
Sim	33	89,1
Não	4	10,9
Presença de espermatozoides no líquido pré-ejaculatório (n = 33)		
Sim	2	6,0
Não	31	94,0
Intervalo entre a última ejaculação (em dias) e a coleta dos espécimes (n = 33) $\bar{x}$ = 4,24; S= 3,07	22	66,7
0 (8 horas) – 4	9	27,3
5 – 8	1	3,0
9 – 12	1	3,0
13 – 16		

Dos 43 (100%) homens que participaram da pesquisa, 37 (86,0%) coletaram o sêmen para realização do espermograma, cujos resultados foram 100% normais, de acordo com os padrões preconizado pela OMS (volume, pH, concentração espermática, contagem total, motilidade, morfologia, vitalidade e quantidade de leucócitos) (OMS, 2011).

Destes 37 (100%) que coletaram o sêmen, 33 (89,1%) coletaram também o líquido pré-ejaculatório, e apenas dois (6,0%) apresentaram espermatozoides neste. Porém, aplicando o teste z de proporção e comparando a proporção dos homens que não apresentaram espermatozoides no líquido pré-ejaculatório (0,94) com a dos que apresentaram (0,06), pode-se afirmar que a presença de espermatozoides no líquido pré-ejaculatório, na amostra estudada, foi devido ao acaso ($p < 0,0001$).

Ao analisar as características dos dois homens que apresentaram espermatozoides no líquido pré-ejaculatório, ao acaso, encontraram-se características comuns, como: não usavam MAC, já haviam praticado CI, consideravam que o CI pode falhar, afirmaram dificuldade para praticar o CI e intervalo entre a coleta e a última ejaculação foi de sete dias, apesar de não ser possível realizar teste estatístico pelo tamanho da amostra. Ademais, foram observados raros espermatozoides no líquido pré-ejaculatório, tendo movimentos lentos e morfologia aparentemente normal. Não é razoável, através do estudo morfocinético, afirmar se seria possível uma fertilização *in vivo* por parte destes espermatozoides, de acordo com o laudo laboratorial.

Desta forma, os achados desta pesquisa confirmam que a ausência de espermatozoides no líquido pré-ejaculatório de homens com espermograma normal contribui para a eficácia do coito interrompido.

Zukerman, Weiss e Orvieto (2003), que em estudo realizado no Projeto Andrologia e Sexo, do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia de Hospital de Ensino de Israel, com a finalidade de verificar a presença de espermatozoide no líquido pré-ejaculatório, examinou amostras pré-ejaculatórias de cinco pacientes com ejaculação precoce, três com líquido ejaculatório excessivo e quatro de voluntários saudáveis, normais. Nenhuma das amostras conteve espermatozoides, sobre o que os autores concluem que o CI não poderia ser responsável por gravidezes.

Conclusão

A prevalência de uso do CI pelo grupo pesquisado no transcurso da pesquisa (4,7%) mostrou-se inferior aos resultados de pesquisa local (14,0%), o que provavelmente esteve relacionado à elevada participação de homens encaminhados de projeto de pesquisa, cuja finalidade era promover a concepção, condição que os tornavam isentos do uso de MAC. No geral, essa prevalência é subestimada, uma vez que o CI não é considerado MAC por parte do imaginário popular.

Conclui-se que homens com espermograma normal não apresentaram espermatozoides no líquido pré-ejaculatório. Mediante o exposto, confirma-se que a ausência de espermatozoides no líquido pré-ejaculatório de homens com espermograma normal contribui para a eficácia do coito interrompido.

Dessa forma, este estudo acrescenta conhecimento à literatura quanto ao mecanismo de ação do MAC coito interrompido e sua eficácia, uma vez que desmitifica conceitos atuais a respeito de sua “baixa eficácia”. Neste sentido, profissionais de saúde, particularmente enfermeiros, passam a contar com evidência científica para o manejo adequado da clientela que pratica ou deseja praticar o CI.

Almejam-se, portanto, pesquisas futuras, do tipo longitudinal, para acompanhar casais em uso do CI e verificar a eficácia do mesmo, aplicando o índice de Pearl como medida de cálculo. Este índice calcula o percentual de mulheres sexualmente ativas que engravidaram em uso de um MAC durante um ano.

Referências

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Diretrizes e normas regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo. Brasília: 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

FILIPPINI, C.A.F. et al. Infertilidade masculina [Internet]. Disponível em: <http://www.portaldeginecologia.com.br/ler.php?id=161>. Acesso em: 04. dez. 2011.

HATCHER, R.A. et al. Contraceptive Technology [Internet]. 19. ed. 2009. Disponível em:

<http://books.google.com.br/books?id=txh0LpjihkoC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false> Acesso em: 19 jan. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. – IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira, 2008. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/presidência/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1233&id_pagina=1>. Acesso em: 25 out. 2009.

MOURA, E. R. F. et al. Avaliação da assistência prestada em planejamento familiar no contexto do Programa Saúde da Família do Ceará - Brasil. In: CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. Pesquisa para o SUS Ceará – Coletânea de artigos dos PPSUS2, 2011. p. 18-35.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO INTERNACIONAL DOS ESTADOS UNIDOS; JOHNS HOPKINS UNIVERSITY. Planejamento Familiar: um manual global para profissionais e serviços de saúde. Baltimore, 2007.

_____. WHO laboratory manual for the examination and processing of human semen. 5ª ed, 2011.

ORTAYLI, N. et al. Porque coito interrompido? Porque não? Perspectivas masculinas. Questões de Saúde Reprodutiva, v. I, n. 1, p.59-70, 2006.

ZUKERMAN, Z.; WEISS, D.B.; ORVIETO, R. Does Preejaculatory Penile Secretion Originating from Cowper's Gland Contain Sperm? Journal of Assisted Reproduction and Genetics, v. 20, n. 4, p. 157-159, 2003.

PROMOÇÃO DO VÍNCULO AFETIVO NO MÉTODO CANGURU COM A PARTICIPAÇÃO PATERNA

Lucélia Rodrigues Afonso: Enfermeira. Especialista em Enfermagem Neonatal pela Universidade Federal do Ceará.
luceliarodrigues@yahoo.com.br

Maria da Glória Machado de Oliveira: Enfermeira Especialista em Enfermagem Neonatal pela Universidade Federal do Ceará.
Glorinha22@bol.com.br

Cláudia Patrícia da Silva Ribeiro – Universidade Estadual do Ceará

Daniele Rocha de Farias Marques – Universidade Estadual do Ceará

Palavra chave: Método Canguru, vínculo afetivo, pai e filho prematuro

Resumo

O Método Mãe Canguru é uma forma de atenção que incentiva e valoriza a presença e a participação da mãe e da família na unidade neonatal. A literatura sobre a abordagem do Método Canguru é vasta, no entanto, poucas pesquisas buscam a descrição da experiência paterna. O interesse pelo tema emergiu a partir de uma experiência junto ao cuidado direto a um RNBP, que ao nascer, devido a uma série de complicações relacionadas ao nascimento com baixo peso, permaneceu 30 dias na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), e após a alta deste setor, mais 34 dias sob cuidados no Método Canguru, na presença da mãe, com a participação e presença efetiva do pai, em todos os cuidados necessários ao filho. Esta experiência despertou-me para um dos objetivos desta estratégia de intervenção no âmbito hospitalar, surgindo assim o vínculo afetivo e a necessidade compreenderem a importância da participação dos pais. O estudo teve como objetivo descrever a participação paterna na promoção do vínculo afetivo no método canguru. O estudo de campo, descritivo, qualitativo realizado em uma maternidade pública, na enfermaria do Método Mãe Canguru (MMC). A presença do pai no método canguru e sua participação nos cuidados com o RNBP, proporcionar um vínculo afetivo entre pai e filho, sendo esse um fator de fundamental importância para a qualidade de vida e sobrevivência do recém nascido (RN) após a alta da unidade neonatal.

Introdução

O Método Mãe Canguru (MMC) é uma forma de atenção que incentiva e valoriza a presença e a participação da mãe e da família na unidade neonatal. Tem um papel importante para assegurar a saúde do recém-nascido de baixo peso (RNBP) após a alta hospitalar, tanto pela oportunidade de fortalecimento do vínculo afetivo que oferece, como pelas altas taxas de amamentação que proporciona. O sucesso do método canguru também contempla a participação do pai, mesmo que por períodos diários curtos, mas que permita a promoção do contato corporal e a interação com o recém-nascido (RN), fortalecendo o desenvolvimento psicoafetivo do bebê e garantindo ao pai segurança para cuidar e diminuir o sofrimento de seu filho nesta etapa, que pode ser cheia de obstáculos a serem vencidos. A presença do pai transfere também à mãe a certeza de um companheiro que irá ajudá-la a superar melhor cada dia desta fase inicial, fortalecerá o vínculo entre pai e filho promovendo a recuperação do neonato, assim, como poderá melhorar a dinâmica familiar no desempenho de papéis atendendo as necessidades do RN. A literatura sobre a abordagem do Método Canguru é vasta, no entanto, poucas pesquisas buscam a descrição da experiência paterna, nesta situação particular de cuidado que envolve a posição canguru e o envolvimento familiar. O interesse pelo tema emergiu a partir de uma experiência junto ao cuidado direto a um RNBP, que ao nascer, devido a uma série de complicações relacionadas ao nascimento com baixo peso, permaneceu 30 dias na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), e após a alta deste setor, mais 34 dias sob cuidados no Método Canguru, na presença da mãe, com a participação e presença efetiva do pai, em todos os cuidados necessários ao filho. Esta experiência despertou-me para um dos objetivos desta estratégia de intervenção no âmbito hospitalar, surgindo assim o vínculo afetivo e a necessidade compreenderem a importância da participação dos pais. Objetivo: Descrever a participação paterna na promoção do vínculo afetivo no método canguru.

Metodologia

O estudo de campo, descritivo, qualitativo realizado em uma maternidade de grande porte, na enfermaria do Método Canguru (MMC), composta de 12 leitos, que integra a estrutura física de uma instituição de nível terciário, vinculada à Universidade Federal do Ceará (UFC). A população do estudo foi composta por 10 (dez) pais que visitaram seus filhos na unidade mãe canguru sendo convidados aqueles pais que regularmente compareceram a unidade canguru no período de setembro a novembro de 2010. Para análise dos dados, foi utilizada a análise temática que significa a descoberta dos núcleos de sentido

que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência significaram algo para o objetivo da análise. Os princípios éticos foram seguidos em todas as fases do estudo, em consonância com o que preconiza a Resolução 146/12.

Resultados e Discussão

Foram entrevistados dez pais que visitaram regularmente seus filhos na enfermaria método canguru, cujas idades variaram entre 18 e 43 anos de idade. Com a presença e participação dos pais no MMC, pode haver um envolvimento familiar junto com a mãe, pai e RNBP, ajudando a vencer os obstáculos relacionados a situação vivida pela tríade. A maioria dos pais que visitaram seus filhos no método canguru trabalhava o dia inteiro e sempre realizavam as visitas antes de ir para o trabalho, ou então na volta do trabalho, alguns faziam a visita nos dois horários. Alguns viam do interior do estado e não podiam fazer as visitas todos os dias, mas, faziam questão de ir visitar seu filhos pelo menos uma vez na semana.

A espera do filho na família

O nascimento torna-se um momento especial na vida dos pais e da família, quando as expectativas, sonhos, e sentimentos inusitados aparecem em volta do novo. Durante todo o processo, o nascimento é o momento mais esperado, quando as dúvidas e medos são amenizados, e finalmente, os pais acolherão o bebe nos braços, fazendo com que as incertezas que antes os rodeavam sejam diminuídas, fortalecendo a interação pais-filhos (GOUVEIA, 2007). De acordo com os relatos a chegada do filho os deixou felizes, mesmo aqueles que não esperavam esse filho demonstraram felicidade com a chegada do novo ser: “Na verdade ninguém esperava, os planos seriam mais adiante, com cinco anos de casado, ela engravidou logo, e nos estávamos com dois anos de casados, mas fiquei feliz com a notícia; “Desejei muito, era tudo que eu queria, fiquei muito feliz quando minha esposa me deu a notícia que estava grávida”.

Nos discursos dos pais observou-se que a chegada de um novo ser na família foi considerado como um acontecimento esperado e que os deixou muito feliz, considerando apenas dois pais que esperavam que a gravidez da esposa acontecesse em outro momento de suas vidas, mas isto não significou que o mesmo não tivesse sido planejado para aquele momento.

O sentimento dos pais diante da prematuridade

Segundo Gurgel; Rolin, (2005) e Gouveia, (2007) quando o recém-nascido (RN) nasce prematuramente ocorre uma brusca separação entre pais e filhos. Este fato faz com que a mãe sinta tristeza, medo e estresse, pela fragilidade e insegurança quanto a vida do filho especialmente em decorrência da internação do bebe na Unidade de Terapia intensiva (UTIN), o que pode prejudicar o estabelecimento do vínculo e apego entre eles. Nesse momento, ambos não estão preparados para enfrentar esta situação, ocorrendo um afastamento da tríade mãe-filho-pai, iniciando-se um processo doloroso e necessário para o restabelecimento do RN. Pode-se observar a impressão e o sentimento dos pais com relação ao estado do filho nas seguintes falas: “No início foi complicado, fiquei preocupado quando vi o bichinho lá bem pequenininho, agora estou mais tranquilo porque ele ta aqui com a mãe dele crescendo e engordando, só falta ir logo para casa.”; “Normal, não fiquei tão preocupado porque sabia que ele está bem cuidado”.; “Fiquei assustado, não era planejado ele nascer antes do tempo, fiquei com muito medo por ele ser muito pequeno, mas agora já estou mais tranquilo e já me acostumei com a idéia”.

Com relação ao sentimento deles diante da prematuridade dos filhos, pode-se observar que os pais tiveram sentimentos como: medo, preocupação, receiosidade, emoção, porém, logo expressarem terem ficado tranquilos após o encaminhamento do filho ao MMC, pois sabiam que os filhos ficariam sendo cuidados pelas mães e que os pais poderiam realizar visitas diárias a qualquer hora do dia. O nascimento, em condições normais, já traz consigo várias dificuldades, atribuídas a diversos fatores, envolvendo o cuidado ao RN.

Conhecimento do Pai sobre o Método Canguru

Segundo Costa (2005) o método canguru é um conjunto de ações, conceitos e valores consubstanciado na assistência humanizada oferecida ao RNBP, aos pais e aos demais familiares desde o nascimento, promovendo o primeiro encontro entre o bebe e a mãe, a comunicação entre a família e equipe, o contato pele-a-pele precoce e crescente, além de oferecer a oportunidade de escolher o tempo em que permanecerão com o bebe na posição canguru. Sendo esta a posição em que o prematuro é colocado entre os seios deve estar se possível apenas de fraldas, em posição vertical e com o tórax e abdome fazendo o contato pele-a-pele.

O que pude observar nos relatos dos pais é que realmente há desconhecimentos deles acerca do método canguru, porém pode-se evidenciar com suas falas que os mesmos tiveram todas as informações necessárias sobre o MMC, incluindo a participação dos mesmos junto ao cuidado com o filho: “Nunca tinha ouvido falar no método canguru, a primeira vez foi aqui na MEAC quando o bebê estava na UTI a enfermeira me disse que ele poderia ir para o MMC e que aqui ele ia poder ficar o tempo todo com a mãe dele e que eu também poderiam visitar a qualquer hora do dia e que eu poderia também colocar o bebe na posição canguru”.; “Meu filho estava na UTIN, eu passei aqui e perguntei o que era, a enfermeira explicou que era a enfermaria canguru e me convidou para conhecer então eu gostei muito e fiquei com vontade do meu filho vim logo pra cá”.

Conforme relatado nos discursos percebe-se que todos os pais não sabiam o que era o MMC e que na maternidade tiveram todas as informações necessárias sobre o método, informações essas dadas por profissionais da UTIN e do próprio MMC, diante disto observou que após essas informações os pais ficaram ansiosos para participarem do MMC, com a pretensão de verem seus filhos junto de suas mães e poderem também estar presentes nos cuidados prestados ao filho no MMC. Nota-se que a maior preocupação dos pais é manter seus filhos na presença de suas mães e que o fato de poderem presenciar o cuidado com o RNBP e de poderem também participar nesse cuidado os levou a aderirem o MMC.

O pai e o cuidado com o filho prematuro

Esses cuidados têm como base as evidências clínicas dos RNBP que apresentem elementos fundamentais para a alta precoce, como amamentação exclusiva, a posição canguru que promove calor e ativa os estímulos, a educação e informação dos pais e da família nos cuidados aos RNBP, sendo também acompanhados ambulatorialmente para monitorar o crescimento e desenvolvimento. (REBOUÇAS, 2008).

Pode-se observar nas falas dos entrevistados: “li o livrinho que fala como é o método mãe canguru, aprendi a manusear o meu filho que é muito pequenininho e que se deve lavar as mãos antes de pegar nele para ele não adoecer com as bactérias que tem nas mãos da gente pois ele tem a imunidade baixa”; Aprendi a banhar, dá banho de sol e que temos que lavar as mãos toda vez que for pegar nele para ele não adoecer”.

Observa-se nos relatos dos pais que o método canguru os proporciona um grande aprendizado com relação aos cuidados prestados aos RNBP, todos os pais relataram que prestaram cuidados a seus filhos como: dar banho posicioná-lo corretamente, colocar na posição canguru, alimentar, trocar fralda, etc. Observa-se que para os pais esses cuidados são prazerosos para eles e importantes para os filhos. Segundo Dias (2009) em um estudo realizado com as mães no método canguru, os sentimentos expressados pelas mães neste momento emergiram na forma não verbal, com um olhar de alívio. A forma de cuidar e estar junto deles era recompensador para elas, tendo como relato a esperança de logo voltar para suas casas mesmo não sabendo quando iriam para suas casas restabelecer suas rotinas diárias.

Sentimento do pai ao cuidar do filho prematuro

Para Matteson, (2001), Apud Ricci, (2008), tornar-se pai pode ser um período de tempo de perplexidade, assim como de grande mudança social. A transição para a paternidade é influenciada por muitos fatores, inclusive a participação no parto, os relacionamentos com outras pessoas importantes, a competência em relação ao cuidado com o bebê, a organização do papel familiar, a formação cultural do pai e o método de alimentação do bebê. Observe nas falas: “Ele é muito frágil, é preciso saber manejar direito”;

“Eu fico preocupado, mas medo não, fico preocupado de machucar e de pegar de mal jeito”.

Os relatos evidenciam que apenas dois pais ao cuidarem de seus filhos prematuros, sentem medo por conta da prematuridade e por acharem o bebê muito pequeno, porém os demais se sentem seguros por terem aprendido a realizar o manuseio adequado ao prematuro no MMC. Poucos estudos abordam a questão do cuidado do pai ao RN prematuro, assim como existem poucos relatos de experiências dos pais no método canguru, a participação da mãe é mais enfatizada como mostram vários estudos relacionados ao tema.

Promoção do vínculo afetivo do pai com RN

Ferreira e Vieira (2003) consideram o apego como resultado de um processo vê-se que este não é independente nem imediato, mas depende de toda uma relação, sendo esta feita através de trocas mútua de estímulos, o que leva a uma dependência entre os participantes do processo. Segundo os pais: “Agente fica o tempo todo querendo vê, pegar, o amor que eu sinto é imenso”; “Eu acho que sim, a primeira vez que eu vim aqui visitar ele estava chorando muito, então, colocaram ele em meu peito então ele se calou, ficou bem tranquilo, e quando eu tirei ele voltou a chorar muito, ele sente meu cheiro, conhece minha voz, eu conversava muito com ele quando ele ainda estava na barriga da mãe”.

Os pais relataram com unanimidade achar importante a sua participação na promoção do vínculo afetivo com seu filho no método canguru, relatando que os RNBP sentem sua presença e os reconhecem como pai, pois se acalmam, crescem mais rápido, ganham peso e se recuperam logo para ir para casa. Frequentemente, os pais são retratados como bem intencionados, mas desajeitados, quando cuidam dos recém-nascidos. Os pais têm seus próprios meios de se relacionar com seus recém-nascidos e podem tornar-se tão acalentadores quanto às mães. As reações acalentadoras de um pai podem ser menos automáticas quanto às de uma mãe, mas os pais conseguem criar um vínculo muito forte com seus filhos recém-nascidos (SEARS, 2004, APUD, RICCI, 2008).

Importância da presença do pai para mãe e o RN

Segundo Fonseca (2005), A presença paterna tem sido cada vez mais frequentemente. Não é raro observar manifestações de comportamento indicadores das dificuldades que eles enfrentam para expressar ou compartilhar seus sentimentos, contrariando o que a sociedade deseja do homem, como esperança e apoio a sua esposa e a outros familiares. Corrobora as falas: “Minha esposa e meu filho precisam diariamente da minha presença aqui, mas não posso está aqui todos os dias, se eu pudesse eu viria todos os dias o dia todo”; “A presença do pai reforça o verdadeiro sentido da família. O carinho e palavras de apoio do pai para a mãe e o bebê são como se fossem um bálsamo que renova e gera forças para que esta família siga adiante. De segunda a sexta estou presente no método canguru. Venho pela manhã cedo antes de ir para o trabalho e após o trabalho também, aos sábados e domingos também estou aqui, faço questão de praticar o método canguru com meu filho tendo com ele o contato pele-a- pele. Obrigado método canguru”.

Para Branco (2009), a atenção de pais cuidadores contribui positivamente para toda família, a saúde da mulher e facilitada e a dedicação amorosa aos filhos favorece aos próprios homens, ampliando suas vivências masculinas para além do papel de provedores. Atualmente, para Montgomery e Carvalho (2005), o homem se envolve nas questões simples do cotidiano dos filhos, nos cuidados básicos que outrora eram atribuídos apenas à mulher. Ele deixou de ser apenas o provedor, macho inseminador, dominador, para se permitir envolver afetivamente revelando sentimentos com o carinho, amor, apego e responsabilidade para com a prole e compartilhar com sua mulher as preocupações do dia a dia.

Conclusão

A presença do pai no método canguru e sua participação nos cuidados com o RNBP proporcionou um vínculo afetivo entre pai e filho, sendo esse um fator de fundamental importância para a qualidade de vida e sobrevivência do recém nascido (RN) após a alta da unidade neonatal. Os cuidados com o RNBP no Método Canguru têm sido prática quase exclusiva das mães, porém a participação paterna é de fundamental importância na promoção da afetividade entre pai e filho. O pai pode atuar nos cuidados ao RNBP junto à mãe para que alguns medos relatados por eles a respeito do manuseio e cuidado sejam bem trabalhados. A demanda das visitas pelos pais ainda é pequena talvez um pouco pela falta de conhecimentos dos pais sobre os direitos de visitas que neste caso é livre. Não foi encontrado nenhum estudo que abordasse a participação paterna no MMC, todos os artigos encontrados abordam a prática materna no método, o que também despertou o meu interesse pelo tema, que precisa ser mais explorado pela comunidade acadêmica já que são poucos os estudos envolvendo a dinâmica paternal junto ao recém-nascido de baixo peso.

Referências

Inserir as referências bibliográficas segundo a norma da ABNT (ARIAL, 10) – Atenção para não ultrapassar as margens laterais.

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. Atenção humanizada ao recém nascido de baixo peso: método canguru: manual do curso / Secretaria de políticas de saúde, Área de Saúde da Criança.-1º. Edição - Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
2. CABRAL, I.E; RODRIGUES, E.C. O método mãe canguru em uma maternidade do Rio de Janeiro 2000-2002: necessidades da criança e demanda da educação em saúde para os pais. Texto Contexto Enferm., Florianópolis, v.15, n. 4, 2006.
3. TRONCHIN, D. M. R.; TSUNECHIRO, M.A. Cuidar e o conviver com o filho prematuro: a experiência do pai. Rev Latino-am Enfermagem, v. 14, n. 1, p. 93-101, janeiro-fevereiro, 2006.
4. COSTA, R. Reflexões da equipe de saúde sobre o método mãe-canguru em uma unidade de neonatologia: um dialogo fundamentado na abordagem problematizadora. Florianópolis, 2005. [Dissertação de mestrado]. Universidade Federal de Santa Catarina, 228p.
5. BOWLBY, J, 1907 -. Apego: A natureza do vínculo. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes; 2000.

Agradecimentos

A enfermeira Beatriz Câmara chefe da enfermaria Canguru da MEAC, entusiasta deste método e que a todos contagina me incentivando a fazer este trabalho, que é o reconhecimento da importância desta unidade hospitalar na recuperação dos prematuros extremos e do seu brilhante trabalho juntamente com toda a sua equipe

Práticas de educação em saúde com adolescentes escolares: contribuições de um projeto de extensão.

Rhavena Maria Gomes Sousa Rocha - Universidade Regional do Cariri. Email: rhavena_mgrs@hotmail.com

Berenice Temoteo da Silva - Universidade Federal da Bahia

Aliniana da Silva Santos - Universidade Regional do Cariri

Lídia Samantha Alves de Brito - Universidade Regional do Cariri

Natália Daiana Lopes de Sousa - Universidade Regional do Cariri

Gleice Adriana Araújo Gonçalves - Universidade Regional do Cariri

Palavras-chave: Adolescente. Escola. Educação em Saúde.

Resumo

Considerando a relevância da universidade no contexto social, uma vez que seus objetivos vão além de formar profissionais e especialistas, a Universidade Regional do Cariri (URCA) tem contribuído para a promoção da saúde dos adolescentes escolares, através de estratégias de educação em saúde efetuadas por meio do projeto de extensão “Adolescer com Saúde”. Nesse sentido, o presente estudo objetivou avaliar as intervenções do projeto de extensão na perspectiva de seus facilitadores. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, desenvolvida na URCA, no município de Crato-Ceará, no período de novembro de 2011 a julho 2012. Foram entrevistados 10 facilitadores. As falas foram organizadas e analisadas por meio do Discurso do Sujeito Coletivo, obtendo as seguintes ideias centrais: “dinâmica apropriada”, “material escasso” “os resultados são as dúvidas esclarecidas”, “não percebo resultados”, “pode mudar de comportamento”, “não necessariamente muda de comportamento”. Conclui-se que o projeto avaliado vem desempenhando seu papel de maneira adequada, uma vez que a metodologia utilizada é apropriada para o público de adolescentes escolares, há o esclarecimento de dúvidas, mitos e tabus e pode haver mudança de comportamento juntamente com outros elementos inerentes ao contexto do adolescente.

Introdução

Entende-se que a adolescência é um período marcado por diversas mudanças, em que o adolescente busca a definição da sua própria identidade. Nessa época da vida, crescem a autonomia e a independência em relação à família e os jovens passam a experimentar novos comportamentos e vivências. Essa nova conduta pode trazer consigo importantes fatores de risco para a saúde, como o tabagismo, o consumo de álcool, a alimentação inadequada, o sedentarismo e o sexo não protegido (MALTA *et al.*, 2010). Acrescenta-se ainda o uso de drogas lícitas e ilícitas, o acometimento de Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST/AIDS, gravidez precoce, violência intra-familiar diante da problemática dessa gravidez, violência sexual e aborto.

Visando a ostentação e o fortalecimento de comportamentos saudáveis nos adolescentes, faz-se necessária a abordagem desses temas no âmbito familiar, escolar e por parte de toda a sociedade. Um método considerado efetivo que pode ser utilizado no contexto escolar consiste na aplicação de estratégias de educação em saúde. As ações educativas são artifícios utilizados para estimular os adolescentes a abordar temas de seu interesse, contemplando o contexto cultural em que estes estão imersos (AMORIM *et al.*, 2006). Entre os assuntos a serem discutidos destacam-se os que influenciam de forma direta na vida dos jovens, trazendo consequências presentes e futuras, individuais e coletivas, a fim de construir um conhecimento pautado na adoção de estilos de vida saudáveis (COSSA, JARDIM, 2011).

Considerando a relevância da universidade no contexto social, uma vez que seus objetivos vão além de formar profissionais e especialistas, a Universidade Regional do Cariri (URCA) tem contribuído para a promoção da saúde dos adolescentes escolares, através de estratégias de educação em saúde efetuadas por meio do projeto de extensão denominado “Adolescer com Saúde”. Este projeto é composto por docentes e acadêmicos do curso de enfermagem desta instituição e tem como público-alvo os adolescentes das escolas públicas do município de Crato – CE. As ações educativas utilizam de ferramentas como jogos, teatros, rodas de conversa, na tentativa de envolver os adolescentes nas temáticas propostas e estimular sua participação no auto-cuidado.

Por destinar as atividades educativas a uma clientela vulnerável a diversos comportamentos de risco, reconhece-se a importância do referido projeto na promoção da saúde do adolescente. A partir daí, surge a necessidade de compreender o que contribui e possibilita o alcance do êxito do projeto de extensão. Nesse sentido, o presente estudo objetivou avaliar intervenções do projeto de extensão “Adolescer com Saúde” na perspectiva de seus facilitadores.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, desenvolvida na URCA, localizada no município de Crato-Ceará, nos meses de novembro de 2011 a julho 2012. A escolha desse ambiente deve-se ao fato de que os facilitadores são acadêmicos desta instituição.

O “Adolescer com Saúde” constitui-se de seis oficinas, são estas: Sexualidade e Afetividade, Saúde Sexual e Reprodutiva, Drogas, Álcool, Correio Sentimental, Jogo e Gravidez na Adolescência. Cada uma destas aborda o seu tema através de dinâmicas direcionadas ao público adolescente, com vistas a esclarecer as dúvidas e tentar inserir nos jovens hábitos de vida mais saudáveis.

Os participantes da pesquisa foram 10 acadêmicos de enfermagem que atuavam como facilitadores nas oficinas supracitadas. A seleção ocorreu de forma intencional, seguindo aos seguintes critérios de inclusão: participar das atividades educativas no referido período e aceitar participar da pesquisa.

A avaliação do projeto ocorreu considerando a participação dos acadêmicos de enfermagem, facilitadores das oficinas no processo avaliativo empreendido pela pesquisa, na medida em que os indicadores de avaliação do projeto foram elaborados a partir dos próprios acadêmicos. Dessa forma, a pesquisa fundamentou-se nas seguintes etapas. A primeira consistiu na coleta de indicadores, em que os sujeitos foram indagados sobre suas expectativas e interesses acerca das atividades do projeto de extensão assim como sobre os assuntos que foram trabalhados e formas de abordagem destes. Foi entregue uma folha em branco aos participantes

com a seguinte questão norteadora: “O que você acha que precisa ser melhorado na oficina que realizou?” A partir disso, foram elaborados os indicadores e posteriormente, postos em análise, mediante entrevista dos facilitadores.

Assim, na segunda etapa, foram realizadas as entrevistas semiestruturadas com os facilitadores, elaboradas com base nos indicadores. O instrumento de coleta de dados foi validado por meio do teste piloto com um dos facilitadores das oficinas.

Para a determinação da amostra foi utilizado o critério de saturação das respostas que segundo Polit, Beck e Hungler (2004, p.237), significa “amostrar até o ponto em que não é obtida nenhuma informação nova e é atingida a redundância”. Logo, o material construído no campo foi considerado suficiente quando se percebeu que as ideias acerca da questão da pesquisa começaram a se repetir.

As entrevistas foram organizadas e analisadas baseadas no Discurso do Sujeito Coletivo – DSC, em que pretende-se reconstruir, com trechos de discursos individuais, quantos discursos-síntese se julgue necessários para expressar uma dada opinião sobre um fenômeno (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

A presente pesquisa consiste em um recorte do projeto intitulado “Análise por Triangulação de Métodos das Práticas de Educação em Saúde com Adolescentes Escolares”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da URCA, de parecer Nº 26/2011.

Resultados e Discussão

Considerando a avaliação no tocante as intervenções do projeto “Adolescer com Saúde” na perspectiva dos facilitadores do projeto, as ideias centrais obtidas estão dispostas a seguir. Evidencia-se que os questionamentos são provenientes dos indicadores sugeridos pelos próprios facilitadores.

Discurso do Sujeito Coletivo

Quando questionados sobre o que achavam da metodologia, das oficinas e do material utilizado pelo projeto, foi possível identificar duas ideias centrais na fala dos facilitadores.

Eu acho que, no geral, ela é apropriada para público-alvo né? Porque como são adolescentes, eles gostam dessa questão de dinâmicas e acaba fazendo com que eles realmente participem. [...]se fosse só aquela coisa de ler e falar, falar, falar sobre tal assunto, eles não iam se interessar, iam ficar dispersos.. Tem que ser algo que prenda a atenção deles (Discurso/Ideia central 1).

Eu só acho um pouco escasso (material), como no caso da minha oficina, nós usamos muito material assim, preservativo, anticoncepcionais, que a gente precisaria de uma prótese. E aí a gente ainda não teve como ter esse material [...] Só fica complicado um pouquinho isso (Discurso/Ideia Central 2).

O primeiro discurso demonstra que a metodologia é apropriada para o público-alvo, pois prende a atenção e aguça a curiosidade do adolescente, diferentemente do que aconteceria se fosse uma explanação mais teórica, pois os adolescentes poderiam ficar dispersos e julgar a atividade monótona. A dinâmica de grupo é uma técnica educacional utilizada em projetos que visam o ensino-aprendizado, pois possibilita o envolvimento dos sujeitos pela socialização de vivências, valorizando não só a teoria, mas também a prática. Diversos recursos podem ser empregados nas dinâmicas de grupo, como a fala, a arte e os movimentos corporais (CONILL; SCHERER, 2003).

É primordial a contribuição de atividades de caráter lúdico e participativo na edificação de saberes em saúde dos adolescentes, possibilitando a integração dos mesmos em debates sobre assuntos de seu interesse, embasados em questões que emergem do seu próprio cenário de vida (COELHO *et al.*, 2011). Assim, a utilização de estratégias tais como dramatizações, apreciação crítica de vídeos, construções de atividades lúdicas, dinâmicas grupais, exposição dialogadas, expressões corporais entre outras, por meio do uso de uma linguagem diversificada, motivam o grupo de adolescentes, ao instaurar um processo de interação entre educandos e educadores. Dessa forma, os adolescentes são levados a uma reflexão crítica e ao estímulo à criatividade e iniciativa (AMORIM *et al.*, 2006). Tais atividades oportunizam aos jovens a exposição de seus conhecimentos prévios e dúvidas e debates sobre informações científicas em linguagem clara e objetiva (COELHO *et al.*, 2012).

O segundo discurso revela que por mais positivas que sejam consideradas as atividades, a escassez de recursos é apontada pelos membros do projeto como um obstáculo significativo. No caso da oficina que aborda os métodos anticoncepcionais, seus membros utilizam aparatos como preservativos para demonstrar como se dá o manuseio, o que se torna limitado devido à ausência de próteses das genitálias femininas e masculinas.

Questionados sobre os resultados percebidos nas atividades dos grupos, deparou-se com duas ideias centrais:

As dúvidas são esclarecidas, muitos tabus, muitos mitos que os adolescentes tem são tirados no momento das oficinas. Aquela dúvida que ele poderia ter há muito tempo e ele tirando no momento da oficina eu acho que já um resultado (Discurso/ Ideia Central 1).

Eu acho muito difícil de ver resultado na hora. Não consigo fazer essa avaliação não. Até porque a gente só vai e só tem um contato com aquela turma, que é no dia da aplicação da tecnologia. Então não dá para sentir se mudou alguma coisa, nem no começo nem ao final da atividade, porque isso não muda (Discurso/ Ideia Central 2)

A partir dos discursos, percebe-se que durante a prática das oficinas, foi possível observar alguns resultados, segundo parte dos facilitadores. Para estes, as dúvidas que são esclarecidas, os mitos, os tabus e os questionamentos que são solucionados já representam resultados. Outros facilitadores já acreditam que é pouco provável perceber resultados de imediato, já que cada oficina é realizada apenas uma vez em cada sala, isto é, não há um novo encontro para avaliar os efeitos.

Nesse sentido, o estudo realizado por Lopes *et al.*, (2011) sobre a proposição de oficinas de atividades com jovens no interior da escola pública, contribui com esse resultado ao afirmar que a oficina de atividades é uma ferramenta que tem propiciado um diálogo próximo com os jovens, permitindo ampliar as formas de se conceber a ação educativa inserida no interior da escola, objetivando seu fortalecimento e sua ressignificação para esses sujeitos. À medida que foram realizadas as atividades, os adolescentes percebiam a importância da transformação da realidade bem como da mudança do comportamento para hábitos saudáveis e atitudes positivas. Esses resultados também foram encontrados nos trabalhos de Dias e Bueno (2003), os quais referem que a aquisição de novos conhecimentos, habilidades e atitudes adotadas pelo adolescente resultam na melhoria da sua qualidade de vida, permitindo o resgate da cidadania e uma participação transformadora da realidade social.

Os facilitadores foram ainda interrogados sobre mudança de comportamento dos adolescentes referentes às temáticas abordadas nas oficinas, emergindo duas ideias:

Pode. Só não muda se não quiser, as informações são passadas, as oficinas são aplicadas de forma interativa pra que eles aprendam, que eles vejam o certo e o errado, então só não muda se não quiser (Discurso/Ideia Central 1).

Não, só por passarem pelo Adolescer não. [...] é uma decisão que não depende só dele, depende do parceiro, depende das outras pessoas. Mudar comportamento ele não vai mudar, mas ele vai ter uma aproximação com a informação, e se ele continuar, se ele tomar determinada atitude, ele vai saber que pode surgir tal consequência (Discurso/Ideia Central 1).

Foi perceptível, a partir dos discursos analisados, que a mudança de comportamento é considerada possível de acontecer, já que uma vez detentores do conhecimento, os adolescentes tornavam-se conhecedores das consequências oriundas de seus atos, e dessa forma, fariam uma escolha mais consciente. Em contrapartida, a mudança não depende exclusivamente deles, esta é sujeita ao meio em que está inserido o adolescente, visto que esses jovens sofrem influência da família, amigos, parceiro, meios de comunicação, entre outros.

É fundamental privilegiar e planejar atividades educativas na saúde da criança e do adolescente, almejando promover mudanças de comportamento, a partir de estratégias participativas (OLIVEIRA *et al.*, 2009). Entretanto, essa modificação de conduta não ocorre de forma isolada. Nenhuma organização é capaz de, isoladamente, realizar todas as ações necessárias para assegurar a saúde e o desenvolvimento aos adolescentes e jovens. Alianças e parcerias são essenciais para a criação das condições de proteção do bem-estar e para a maximização dos potenciais de todos eles (BRASIL, 2005).

A promoção da saúde do adolescente é objeto de debates, tanto na área acadêmica como nas instituições de saúde e educação. A principal preocupação é no sentido de estimular nos adolescentes comportamentos e estilos de vida saudáveis que insiram no eixo de motivação para o autocuidado (CAVALCANTE; ALVES; BARROSO, 2008). Neste sentido, supõe-se que o acesso à informação, por si só, não transforma as práticas sexuais juvenis, com uma conduta de autoproteção e de eliminação de possíveis riscos de DSTs/AIDS e/ou gravidez, mas as ações educativas grupais, por meio da metodologia participativa, podem diminuir esses riscos, por serem espaços de autoconhecimento e de construção de valores, e não só de repasse de informações (OLIVEIRA; RESSEL, 2010).

Conclusão

Entende-se que o referido projeto vem desempenhando seu papel de maneira adequada, uma vez que a metodologia utilizada é apropriada para o público de adolescentes escolares, tendo grande aceitação pelos facilitadores do projeto. Pôde-se perceber que o emprego de dinâmicas proporcionou um forte incentivo para a educação em temas importantes na adolescência, promovendo uma maior interação entre os adolescentes, como também um aprendizado mais efetivo. Assim, percebe-se a importância do uso de atividades de educação em saúde para promoção da saúde do adolescente.

Contudo, deve-se atentar para a questão da escassez de materiais necessários à realização das atividades e para a necessidade de encontros posteriores, já que um único momento com cada turma gerou um aprendizado, mas não suficientemente concreto.

O projeto de extensão contribui ainda ao esclarecer dúvidas e desmistificar mitos e tabus dos adolescentes e ao trazer informações úteis acerca dos temas que mais os vulnerabilizam. Esses indivíduos geralmente buscam o conhecimento através da mídia, amigos e outras fontes, por vezes, não confiáveis. Compreende-se que a mudança de comportamento é possível, mas é fruto não apenas das atividades do projeto, mas de uma série de elementos inerentes ao contexto do adolescente, como família, parceiro, situação econômica, social e cultural.

Logo, a proposta de avaliar as intervenções do projeto de extensão foi bastante exitosa visto que trouxe importantes contribuições que servirão para nortear as atividades do grupo, o que certamente facilitará a aplicação de uma adequada abordagem educativa.

Referências

AMORIM *et al.* Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros na promoção à saúde do adolescente. **RBPS**. v.19, n.4, p.240-246, 2006.

BRASIL . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Série A: Normas e Manuais Técnicos. Saúde integral de adolescentes e jovens. Orientações para a Organização de Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CAVALCANTE, M.B.P.T.; ALVES, M.D.S.; BARROSO, M.G.T. Adolescência, Álcool e Drogas: Uma Revisão na perspectiva da Promoção da Saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v. 12, n.3, p. 555-559, set.2008.

COELHO *et al.* “Papo irado”: tecnologia de educação popular em saúde com adolescentes. **Rev APS**. v.14, n.4, p.502-506, out/dez 2011.

_____ *et al.* Educação em saúde com adolescentes: compartilhando vivências e reflexões. **Cienc Cuid Saude**. v.11, n.2, p.390-395, Abr/Jun 2012.

CONIL, E.M.; SCHERER, M.D.A. Novas estratégias em educação: avaliação da técnica Tribunal do Júri na capacitação de conselheiros na área de saúde da mulher em Santa Catarina, Brasil. 2003. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p.525-534. mar./abr 2003.

COSSA, A.P.P.; JARDIM, D.P. O enfermeiro na educação em saúde na adolescência nos últimos dez anos. **Rev. Enferm UNISA**. v.12, n.1, p.58-63, 2011.

DIAS, A.; BUENO, S.M.V. Programa Educativo sobre Sexualidade, DST/AIDS e Sexo Seguro, Desenvolvido junto aos Alunos do Curso Técnico de Enfermagem: um Relato de Experiência. **Rev Nursing**. v.58, n. 6, p.14-16, 2003.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2 ed., Caxias do Sul. RS: Educs, 2005.

LOPES *et al.* Oficinas de atividades com jovens da escola pública: tecnologias sociais entre educação e terapia ocupacional. **Interface**. v.15, n.36, Jan./Mar. 2011.

MALTA *et al.* . Prevalência de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), Brasil, 2009. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 15, supl. 2, p. 3009-3019, Oct. 2010.

OLIVEIRA *et al.* As ações de educação em saúde para crianças e adolescentes nas unidades básicas da região de Maruípe no município de Vitória. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.14, n.2, p.635-644, 2009.

OLIVEIRA, S.G.; RESSEL, L.B. Grupos de Adolescentes na Prática de Enfermagem: Um Relato de Experiência. **Ciência, Cuidado e Saúde**. v.9, n.1, p. 144-148, jan/mar 2010.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: método, avaliação e utilização. 5 ed., Porto Alegre: Artmed, 2004, cap. 10.

Agradecimentos

Aos facilitadores do projeto de extensão Adolescer com Saúde pela importante contribuição.
Universidade Regional do Cariri (URCA)
Programa de Pós-Graduação de Mestrado Acadêmico em Enfermagem (PMAE) da URCA.
Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP).
Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (GRUPESC).
Grupo de Pesquisa Enfermagem, Saúde e Sociedade (GRUPESS).
Grupo de Pesquisa em Avaliação do Sistema Único de Saúde (GPTSUS).

Prevalência das Infecções Comunitárias: Fornecendo subsídio para intervenções

Autor 1 (apresentador) – Layze Braz de Oliveira, Universidade Federal do Piauí, email: layzebraz@hotmail.com.

Autor 2 – Daniela Furtado Rodrigues de Andrade, Universidade Federal do Piauí.

Autor 3 – Álvaro Francisco Lopes de Sousa Universidade Federal do Piauí.

Autor 4 – Artur Acelino Francisco Luz Nunes Queiroz, Universidade Federal do Piauí.

Autor 5 – Antonio Dean Barbosa Marques, Universidade de Fortaleza.

Autor 6 (Orientador) – Andréia Rodrigues Moura da Costa Valle, Universidade Federal do Piauí.

Palavras-chave: Infecção comunitária, Prevenção, Enfermagem.

Resumo

As infecções podem ser origem hospitalar, ocasionada durante a internação ou a alta se relacionada à internação, ou comunitária no qual é caracterizada pela infecção presente em período de incubação no tempo em que o paciente deu entrada em ambiente hospitalar, desde que não esteja relacionada com internação anterior. Desta forma definiu-se como objeto de estudo a prevalência das infecções comunitárias diagnosticadas na Estratégia Saúde da Família e como objetivo específico o estudo identificou o perfil dos pacientes atendidos na estratégia de saúde da família, as infecções mais prevalentes e o perfil das prescrições de antibióticos. Como resultado identificou-se segundo os dados de identificação que 51,11% são do sexo feminino com 28,89% apresentando uma faixa etária entre 20 a 59 anos, 48,89% são do sexo masculino no qual 27,78% apresentam uma faixa etária entre 1 a 19 anos. Em relação ao estado civil observou-se que 66,67% dos pacientes eram solteiros. Segundo a prevalência de infecções presentes na comunidade, 51,11% são infecções respiratórias sendo que destas 63,04% são amigdalites; 22,22% são infecções sexualmente transmissíveis sendo que destas 75% eram casos de sífilis; e 16,67% são infecções de pele no qual 53,33% são furúnculo e 10,00% são infecções intestinais representadas pelas diarreias (100%). Segundo a prescrição de antibióticos, 89% dos pacientes apresentou prescrição de antibióticos e apenas 11% não apresentou prescrição. Em relação ao antibiótico prescrito para pacientes com infecção 50% são de prescrições de amoxicilinas, seguido de 15 % de penicilina e 12% de cefalexina.

Introdução

INTRODUÇÃO: Na atualidade entende-se que as doenças possuem uma etiologia complexa, podem ser de origem hospitalar, ocasionada durante a internação hospitalar ou a alta se relacionada à internação, ou comunitária no qual é caracterizada pela infecção presente ou em período de incubação no tempo em que o paciente deu entrada em ambiente hospitalar, desde que não esteja relacionada com internação anterior (BRASIL,1998). As infecções representam um dos agravos clínicos de maior impacto para a humanidade face às altas taxas de morbidade e mortalidade, distúrbios sociais, assim como as perdas econômicas mundialmente registradas. Inquestionavelmente desafiam os avanços científico-tecnológicos, mobilizando a atenção de profissionais, pesquisadores e organizações em busca de medidas efetivas de prevenção e controle. Em 1994, foi estabelecido o Programa Saúde da Família, hoje denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), com o intuito de reorganizar o modelo assistencial vigente, com modo substitutivo, complementando práticas convencionais, com o foco na atenção preventiva e integral, originando práticas que se adequassem a realidade da população e proporcionando melhores condições para as mesmas, principalmente aquelas em situação de vulnerabilidade social, sem deixar de assistir pessoas com melhores condições de vida, a ESF se institui com a proposta de controle de doenças mais prevalentes assim como apresenta uma combinação de tecnologias e uma correlação de forças favoráveis às mudanças o que muitas vezes proporciona subsídio para estabelecimento de estratégias para o conhecimento da situação e fortalecimento da prevenção por meio da educação em saúde (CECCON et al, 2013). Desta forma definiu-se como objeto de estudo a prevalência das infecções comunitárias diagnosticadas na Estratégia Saúde da Família. Como objetivo específico o estudo identificou o perfil dos pacientes atendidos na estratégia de saúde da família, as infecções mais prevalentes e o perfil das prescrições de antibióticos.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo de abordagem quantitativa. A pesquisa foi desenvolvida na Unidade Básica de Saúde do Bairro vamos ver o sol com o nome de Antônio Pessoa dos Santos localizado na zona sul de Teresina. Constitui-se em uma UBS composta por equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), A população do estudo foi constituída por pessoas escrita na referida UBS atendidas em consultas médicas e que forem diagnosticadas com algum tipo de infecção adquirida na comunitária, no período de janeiro de 2013 a janeiro de 2014. A amostra não probabilística por conveniência foi constituída de 90 pacientes. A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de formulário com perguntas abertas e fechadas, aplicado pelos alunos que participam da pesquisa. O critério de inclusão da amostra foi o diagnóstico de infecção comunitária em pessoas que procurem atendimento médico na referida UBS no período de 1º de janeiro de 2013 a 31 de janeiro de 2014. O critério de exclusão correspondeu aos usuários que foram atendidos na UBS, mas que não foram diagnosticados com algum tipo de infecção comunitária. Foram eliminados os prontuários com dados ilegíveis e aqueles nos quais as informações para avaliação de adequação não estavam disponíveis. Os dados foram processados no programa Excel versão 2010 e distribuídos em gráficos e tabelas e analisados a luz das referências relacionadas a prevalência das infecções

comunitárias diagnosticadas na Estratégia de saúde da família. O estudo foi submetido ao comitê de Ética em Pesquisa da UFPI, CAAE nº 23560313100005214 e os entrevistados assinaram o termo de consentimento livre esclarecido, obedecendo às recomendações da Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Resultados e Discussão

Em relação a distribuição total dos pacientes atendidos com infecção na unidade básica de saúde, segundo os dados de identificação e evidenciou que 51,11% são do sexo feminino com 28,89% apresentando uma faixa etária entre 20 a 59 anos, 48,89% são do sexo masculino no qual 27,78% apresentam uma faixa etária entre 1 a 19 anos. Em relação ao estado civil observou-se que 66,67% dos pacientes eram solteiros. Segundo a prevalência de infecções presentes na comunidade 51,11% são infecções respiratórias sendo que destas 63,04% são amigdalites; 22,22% são infecções sexualmente transmissíveis sendo que destas 75% eram casos de sífilis; e 16,67% são infecções de pele no qual 53,33% são furúnculo e 10,00% são infecções intestinais representadas pelas diarreias (100%). De acordo com o percentual dos pacientes com infecção atendidos na ESF de Teresina, segundo a prescrição de antibióticos, 89% dos pacientes apresentou prescrição de antibióticos e apenas 11% não apresentou prescrição. Em relação ao antibiótico prescrito para pacientes com infecção 50% são de prescrições de amoxicilinas, seguido de 15 % de penicilina e 12% de cefalexina. DISCUSSÃO: Em relação ao perfil dos pacientes atendidos na ESF, observou-se que o número de mulheres (51,11%) apresenta um maior percentual em relação ao número de homens (48,89%). Na faixa etária feminina, existe uma prevalência entre 20 a 59 anos (28,89%) o que difere da masculina onde a faixa etária prevalente está em torno de 1 a 19 anos (27,78%), essa diferença de idade demonstra que os homens que mais frequentam a unidade básica são crianças e adolescentes que muitas vezes podem ser levados pelos pais. No que diz respeito ao estado civil 66,67% eram solteiros, 31,11% eram casados e apenas 2,22% eram viúvos, essa forte presença de solteiros pode ser ocasionada principalmente por 49% dos sujeitos da amostra se apresentam com uma faixa etária entre 1 a 19 anos. Em relação a infecções presentes na comunidade as infecções respiratórias são as mais prevalentes (51,11%), destas a maioria é representada pelas amigdalites (64,04%), esses resultados corrobora com o estudo de Alvarez Castello et al (2008) o qual discorre que as infecções respiratórias de destaque foram faringoamigdalite aguda, amigdalite e rinofaringite. Um dos principais agentes bacterianos responsáveis por essas infecções é a espécie *Streptococcus pyogenes*, porém essas infecções são em sua maioria de origem viral, a utilização de antimicrobianos visa à prevenção de complicações como febre reumática ou abscessos periamigdalianos nas infecções de origem estreptocócica. As infecções respiratórias trazem como principais consequências a morbidade, mortalidade e a demandas de recursos para a saúde a um nível mundial, e o uso de antimicrobianos é o fator mais preocupante em virtude da resistência aos antibióticos no futuro próximo, segundo um documento de consenso para a prevenção de infecções respiratórias em adultos algumas ações gerais são necessárias para prevenir essas infecções como a cessação do tabagismo, controle de doenças crônicas, uso criterioso de terapias imunossupressoras, aconselhamento em relação ao uso de álcool e dependência de drogas, estado nutricional adequado e algumas ações específicas como vacinas anti-gripe e a pneumocócica (FROES et al, 2014). Entre as infecções presentes na comunidade as infecções sexualmente transmissíveis estão entre a segunda mais prevalente dentre elas a sífilis adquiriu maior destaque, seguido da *Trichomonas vaginalis* e *Chlamydia*. Essas infecções são consideradas um problema de saúde pública e se encontram entre as primeiras cinco categorias de doenças para as quais adultos em países em desenvolvimento mais buscam ajuda médica (BARCELOS et al, 2008). As implicações mais graves e de maior duração dessas infecções surgem nas mulheres ocasionando principalmente câncer cervical, doença infla-matória pélvica, infertilidade, aborto espontâneo e gravidez ectópica, que pode acarretar óbito materno. Com isso observa-se a importância de se elencar fatores de riscos no atendimento ao paciente como uso de álcool, drogas, violência, assim como avaliar o comportamento sexual como a idade da primeira relação, quantidade de parceiros, estado civil, uso e conhecimentos do uso de preservativos, para que a equipe de forma multidisciplinar possa implementar ações dentro da estratégia de saúde da família de forma integral (BARCELOS et al, 2008). A infecção de pele ocupa a terceira infecção mais prevalente, dentre estas se destaca o furúnculo, seguido da Onicocriptose entre as infecções de pele é comum a presença do *Staphilococcus aureus*, que por sua vez parte da flora natural e por condições adversas como a quebra da barreira cutânea ou diminuição da imunidade, se instalam no organismo ocasionando infecções principalmente envolvendo a pele e tecido subcutâneo com abscesso geralmente são resistentes a β – lactâmicos Perez et al (2014) reforça que o tratamento relacionado a esse tipo de infecção pode ser realizado com a drenagem dos abscesso e tratamento local diariamente em casos de abscessos extrafacial de menores de 5 cm de diâmetro em pacientes não diabéticos e imunocompetentes sem envolvimento miofacial (NETTO et al, 2001). Apesar das infecções intestinais representadas pela diarreia se apresentarem como a menos prevalente entre as infecções presentes, é importante enfatizar esse problema principalmente porque são responsáveis pelas altas taxas de morbi-mortalidade em criança menores de cinco anos. Em 2008, cerca de 1,3 milhões de crianças menores de 5 anos de idade morreram no mundo (HUDA et al 2012). Inúmeras intervenções de pequena escala com foco na melhoria das práticas de higiene e tratamento de água têm sido eficazes na redução da diarreia infantil, há também evidências de que as intervenções de armazenamento de água e saneamento podem reduzir diarreia. Dificuldades na intensificação de intervenções eficazes comprovados ocasionam lacunas nas estratégias de ação, assim como, recursos limitados, dificuldades em estimar as necessidades de recursos e gastar esses recursos com eficácia e eficiência, bem como o curto espaço de tempo para o planejamento, implementação, integração e sustentar as intervenções (HUDA et al 2012). as prescrições de antibióticos se apresentou com altos índices de acordo com infecções presentes na comunidade, a hipótese de diagnóstico realizada na atenção primária foi predominantemente clínica com queixas, sinais e sintomas não foi identificado nenhum diagnóstico por exame laboratorial, dentro da atenção básica. No atendimento dos pacientes como infecção pode haver dificuldades de se estabelecer a etiologia da infecção além da não disponibilidade de exames laboratoriais complementares rápidos ao nível ambulatorial, diante disso poderia ser viável optar pela utilização da antibioticoterapia afim de diminuir a margem de erro na prescrição de antibiótico. Em relação ao tipo de antimicrobiano prescrito a amoxicilina se apresentou com a metade das prescrições, esses resultados assemelham-se aos encontrados por Abrantes et al (2008) o estudo demonstrou índices de 47% das precisões de amoxicilina, as características desse medicamento são amplo espectro, administração oral e boa tolerabilidade o que favorece a escolha desse medicamento nas unidades básicas. CONCLUSÃO: Em relação ao perfil dos pacientes 51,11% são do sexo feminino, com faixa etária prevalente entre 20 a 59 anos (28, 89%) e 48,89% do sexo masculino, com faixa etária predominante entre 1 a 19 anos (21,11%). Ainda, 66,67% da amostra eram solteiros. Entre as infecções presentes na atenção básica as respiratórias estão entre as mais prevalentes com 51,11%, sendo que 63,04 destas estão representas pelas amigdalites. Quanto ao tratamento das infecções, 89% apresentou prescrição de antibiótico, sendo que o antibiótico mais prescrito foi a amoxicilina (50%).

Conclusão

Em relação ao perfil dos pacientes 51,11% são do sexo feminino, com faixa etária prevalente entre 20 a 59 anos (28, 89%) e 48,89% do sexo masculino, com faixa etária predominante entre 1 a 19 anos (21,11%). Ainda, 66,67% da amostra eram solteiros. Entre as infecções presentes na atenção básica as respiratórias estão entre as mais prevalentes com 51,11%, sendo que 63,04 destas estão representadas pelas amigdalites. Quanto ao tratamento das infecções, 89% apresentou prescrição de antibiótico, sendo que o antibiótico mais prescrito foi a amoxicilina (50%). É importante o enfermeiro identificar, na ESF, suas competências para atuar na prevenção e promoção de saúde inserindo-se em programas, projetos e/ou ações de prevenção e controle das infecções na atenção primária, elencando políticas públicas direcionadas ao controle de infecção comunitária enfatizando a importância da disponibilização portarias e manuais. O prontuário eletrônico pode ser um facilitador da comunicação da equipe de saúde, uma vez que, a não compreensão dos dados contidos no prontuário inviabiliza planejamentos de ação e intercomunicação da equipe, com isso identifica-se a importância da inserção do prontuário eletrônico dentro das equipes de saúde. Outro fator pertinente é a questão do preenchimento completo do prontuário, além do não preenchimento dos dados socioeconômicos, a não identificação dos fatores de risco para as doenças e agravos que acometem os sujeitos da pesquisas favorece inviabilização da construção de planos de ação, promoção e prevenção de saúde.

Referências

ABRANTES, P. M.; MAGALHÃES, S. M. S.; ACÚRCIO, F. A.; SAKURAI, E. A qualidade da prescrição de antimicrobianos em ambulatórios públicos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, MG. Ciênc. saúde coletiva vol.13 suppl.0 Rio de Janeiro Apr. 2008

ALVAREZ CASTELLO, M.; ALMARALES, R. C.; RODRIGUEZ, A. A.; DEYBIS, H. O. S.; MARTÍNEZ, M. G.; CASTELLÓ, M. G. Infecciones respiratorias altas recurrentes: Algunas consideraciones. Rev Cubana Med Gen Integr, Ciudad de La Habana, v. 24, n. 1, marzo 2008 .

BARCELOS, M. R. B.; VARGAS, P. R. M.; BARONI, C.; MIRANDA, A. E. Infecções genitais em mulheres atendidas em Unidade Básica de Saúde: prevalência e fatores de risco. Rev. Bras Ginecol Obstet.; 30(7):349-54. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde: Portaria 2.616, de 1998. Brasília, disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.htm >. Acesso em 2 de março de 2014.

FROES, F; DINIZ, A; CORDEIRO, C. R; SERRADO, M; ALMEIDA A.R, Consensus document for the prevention of respiratory infections in adults. Rev. Port. Pneumol. 20(2) :111---114, 2014;

HUDA, T. M. N; UNICOMB L.; JOHNSTON, R. B.; HALDER, A. K.; SHARKER, M. A. Y.; LUBY, S. P. Interim evaluation of a large scale sanitation, hygiene and water improvement programme on childhood diarrhea and respiratory disease in rural Bangladesh. Rev.Social Science & Medicine. Volume 75, Issue 4, August 2012, Pages 604–611.

NETTO, M. Z.; HERREIRO, F.; BANDEIRA, C. O. P.; ITO, Y.; CIORLIN, E.; SAQUETI, E. E.; ANSILIEIRO, I. J.; GONSALVES, L.; SIQUEIRA V. L. D. Staphylococcus aureus: incidência e resistência antimicrobiana em abscessos cutâneos de origem comunitária. Acta Scientiarum Maringá, v. 23, n. 3, p. 709-712, 2001.

PÉREZ, A. P.; RODRÍGUEZ, O. B; RODRÍGUEZ, M. C.C.; CEMBRANOS, M. D. M.; DOMÍNGUEZ, M.C.; FERNÁNDEZ, R.S. Skin infections caused by Community-Acquired Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus: clinical and microbiological characteristics of 11 cases. Actas Dermo-Sifilográficas, Volume 105, Issue 2 , março 2014 , Pages 150-158.

Agradecimentos

Agradeço a minha família que sempre me apóia e ao núcleo de pesquisa em prevenção e controle de infecção em serviços de saúde

Promoção da saúde a mulheres encarceradas: um relato de experiência

Luana Feitosa Mourão - Universidade Federal do Piauí - UFPI. Email: luanamourao29@hotmail.com

Layze Braz de Oliveira - Universidade Federal do Piauí - UFPI.

Andressa Silva Torres - Universidade Federal do Piauí - UFPI.

Álvaro Francisco Lopes de Sousa - Universidade Federal do Piauí - UFPI.

Artur Acelino Francisco Luz Nunes Queiroz – Universidade Federal do Piauí – UFPI.

Antonio Dean Barbosa Marques – Universidade de Fortaleza - UNIFOR.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Promoção da Saúde. Enfermagem. Sistema Penal .

Resumo

As penitenciárias femininas são consideradas no mundo um problema público de saúde visto que, são nessas instituições em que há o agrupamento de uma parcela da população vulnerável as doenças infectocontagiosas. O presente estudo tem como objetivo relatar as experiências vivenciadas pelos os acadêmicos de enfermagem de uma instituição pública de ensino, durante o estágio em uma penitência feminina localizada na cidade de Teresina. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, do tipo relato de experiência, que foi realizado, por acadêmicos do curso de enfermagem do 6º período de uma instituição pública de ensino durante o estágio da disciplina Saúde da Mulher na Casa de Custódia. As mulheres encarceradas foram orientadas quanto à importância da realização do exame clínico das mamas, do exame citopatológico, do uso de métodos contraceptivos, dando-se maior destaque a dupla proteção, aos fatores de risco para as DST's, ao uso do sulfato ferroso e do ácido fólico pelas gestantes e educou-se quanto ao autocuidado. Apesar da implantação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, o sistema carcerário ainda continua sendo um cenário carente da assistência de saúde, pois faltam profissionais capacitados e disponíveis para trabalharem nesse sistema, como de equipamentos suficientes para um atendimento de saúde com qualidade. O estágio foi importante para nos mostrar a atual realidade das mulheres privadas de liberdade e resgatar o direito que estas mulheres têm sobre a assistência a saúde. Contribuiu para a eliminação de possíveis preconceitos existentes entre nós em relação ao ambiente da penitenciária e, sobretudo as mulheres encarceradas.

Introdução

As penitenciárias femininas são consideradas no mundo um grave problema público de saúde, tendo em vista que, são nessas instituições em que há o agrupamento de uma parcela da população vulnerável as doenças infectocontagiosas e que em algumas circunstâncias encontra-se carente de uma assistência especial pelos profissionais da saúde (RIBEIRO et al., 2013). No país, a atual situação de saúde da população encarcerada é preocupante, pois as penitenciárias são estruturadas para acomodar uma pequena quantidade dessa população, contudo devido ao aumento da violência urbana e consequentemente a ampliação de prisioneiros há uma superlotação das celas propiciando dessa forma a disseminação de diferentes patologias (RIBEIRO et al., 2013).

Visto a essa vulnerabilidade as doenças infectocontagiosas, identifica-se a necessidade do acesso da população encarcerada as ações de atenção à saúde em todos os seus níveis de complexidade. Nesse sentido, os Ministérios da Saúde e da Justiça instituíram o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário por meio da Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003 que tem como objetivo prover a população penitenciária brasileira a atenção integral à saúde e a sua inclusão no Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2004).

O artigo 38 do Código Penal traz “o preso conserva os direitos não atingidos pela perda de liberdade, impondo-se a todas as autoridades o respeito à sua integridade física e moral” (BRASIL, 2002). Dessa forma, a Constituição Federal de 1988 garante legalmente o ingresso dessa população as ações e os serviços de saúde, pela Lei nº 8.080, de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde, pela Lei nº 8.142, de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, e pela Lei de Execução Penal nº 7.210, de 1984 (BRASIL, 2004).

As linhas de ação de saúde propostas pelo o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário são: o controle e tratamento da tuberculose, como também a proteção dos sadios; controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus; o tratamento de dermatoses, especialmente a hanseníase, a atenção à saúde bucal e à saúde da mulher (BRASIL, 2003).

Na atenção a saúde da mulher encarcerada prioriza-se a realização do pré-natal, o controle do câncer de colo de útero e de mama. Além do diagnóstico, aconselhamento e tratamento de DST's (abordagem sindrômica), imunizações, realização de planejamento familiar e a atenção à saúde mental (CASTRO; SOARES, 2012).

A assistência à saúde é um direito de todos os indivíduos incluindo também nesse requisito as mulheres privadas de liberdade o que pode ser confirmado no artigo 196 que traz o conceito institucional de saúde: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2006).

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde ⁵²⁷

A enfermagem, nesse cenário é extremamente importante visto que, contribui no resgate da condição de vida digna das pessoas privadas de liberdade, proporciona conforto e bem-estar ao prestar a sua assistência, minimizando ações que venham a estimular a discriminação e preconceito, além do respeito aos princípios éticos e legais da sua profissão. Os profissionais da enfermagem desenvolvem suas práticas de cuidado centradas nas necessidades particulares de cada indivíduo, considerando as regras do regime do Sistema Penal (SOUZA; PASSOS, 2008).

O presente estudo tem como objetivo relatar as experiências vivenciadas pelos os acadêmicos de enfermagem de uma instituição pública de ensino durante o estágio em uma penitência feminina localizada na cidade de Teresina.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, do tipo relato de experiência. Para Gil (2007), as pesquisas descritivas objetivam primordialmente a descrição das características de determinada população, fenômeno ou estabelecimento através de relações entre as variáveis.

O estágio foi realizado pelos os acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí do 6º período do curso, no período de junho a julho de 2014. O estágio era vinculado à disciplina de Saúde da Mulher, ministrada no 6º período do Curso de Graduação em Enfermagem, com carga horária de 165 horas. O cenário do estágio foi à penitenciária feminina, Casa de Custódia, localizada na cidade de Teresina no estado do Piauí.

As práticas de Enfermagem ocorreram inicialmente por meio do Histórico de Enfermagem e exame físico, seguidas de consultas ginecológicas das mulheres encarceradas.

Participaram da consulta de enfermagem todas as mulheres privadas de liberdade que necessitavam realizar o exame citológico (rastreamento de câncer de colo de útero) e acompanhamento do ciclo gravídico (pré-natal), como também as mulheres que aguardavam os resultados de exames (aconselhamento e orientações), que iniciaram ou que estavam dando continuidade ao tratamento de DST's (abordagem sindrômica) e que foram submetidas a exames (hemograma, VDRL, glicose em jejum, toxoplasmose, parasitológico e sumário de urina).

Resultados e Discussão

Inicialmente, fomos divididos em dois grupos, cada um, constituído por três componentes. Havia apenas uma sala adequada para a realização dos procedimentos de enfermagem, principalmente o exame citológico, contudo a sala do dentista, que no momento estava de férias, foi disponibilizada para que o histórico de enfermagem fosse aplicado e para o aconselhamento e orientação frente aos resultados dos exames e orientações quanto ao autocuidado. Dessa forma um grupo ficou com uma mulher na sala do dentista e o outro grupo ficou na sala da enfermagem. Quando o grupo necessitava realizar o exame físico, o exame ginecológico e as manobras de Leopold, no caso das gestantes, as mulheres eram encaminhadas para a sala de enfermagem. Antes de realizarmos quaisquer abordagens com as mulheres fazíamos uma rápida consulta aos prontuários para que o grupo extraísse as informações mais importantes para a enfermagem, proporcionando dessa forma uma assistência holística da mulher.

As mulheres encarceradas foram orientadas quanto à importância da realização do exame clínico das mamas, do exame citopatológico, do uso de métodos contraceptivos, dando-se maior destaque a dupla proteção, aos fatores de risco para as DST's, ao uso do sulfato ferroso e do ácido fólico pelas gestantes e educou-se quanto ao autocuidado.

Com relação aos métodos contraceptivos as mulheres foram orientadas quanto ao uso do anticoncepcional oral e da camisinha, focávamos muito na dupla proteção, visto que o anticoncepcional protege apenas contra a gravidez e a camisinha previne a gravidez como à possibilidade de contrair doenças sexualmente transmissíveis.

Enfatizou-se sobre o uso da camisinha feminina, pois foram muitos os relatos de mulheres que estavam tendo relações sexuais com companheiras de cela, além de termos observado o pouco conhecimento dessas mulheres sobre a prevenção contra as DST's durante as relações entre homossexuais.

As mulheres submetidas ao exame citopatológico foram orientadas que não poderiam realizar o exame caso tivessem utilizado lubrificantes, espermicidas ou medicamentos vaginais como também realizado exames intravaginais nas últimas 48 horas antes da coleta, pois estes recursos prejudicariam a qualidade da amostra para o exame citopatológico. Além do exame não poder ser feito em mulheres que estejam no período menstrual, pois a presença de sangue pode prejudicar o diagnóstico citopatológico. Os exames citopatológicos foram realizados conforme o preconizado pelo o manual da atenção básica de saúde como: confirmação da identificação da mulher e busca de informações sobre o propósito do exame; abordagem da história clínica e história obstétrica; preenchimento dos dados nos formulários para requisição de exame citopatológico do colo do útero, preparação da lâmina com identificação (iniciais do nome da mulher e o número de registro na unidade), caixa de porta-lâmina identificada a lápis, além de solicitado a mulher que esvaziasse a bexiga e trocasse a sua roupa por camisola descartável (BRASIL, 2013).

Nenhuma das gestantes acompanhadas durante o estágio nas consultas de pré-natal foram classificadas como de alto risco. Para as condutas e orientações as gestantes, tomamos como base o que recomenda o manual da gestante de baixo risco do Ministério da Saúde que indica o início precoce do pré-natal com número adequado de consultas igual ou superior a seis, sendo as consultas mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28ª e 36ª semanas e semanais no termo e as gestantes com 41 semanas devem ser encaminhadas para a avaliação fetal.

A identificação de mulheres grávidas deve ocorrer ainda no primeiro trimestre da gestação para que seja realizado o acolhimento, cadastro, fornecimento e preenchendo do Cartão da Gestante. A classificação de risco gestacional deve ser feito em toda consulta para que a gestante seja encaminhamento, quando necessário, ao pré-natal de alto risco ou à urgência/emergência obstétrico. Também se deve realizar a anamnese, exame físico e exames complementares indicados, imunização antitetânica e para hepatite B, oferta de medicamentos necessários (sulfato ferroso para o tratamento e profilaxia de anemia e ácido fólico), avaliação do estado nutricional e acompanhamento do ganho de peso no decorrer da gestação, incentivo ao aleitamento materno e orientações quanto ao não uso de drogas durante a gestação (BRASIL, 2012).

Tivemos a oportunidade de realizar a abordagem sindrômica em mulheres com suspeita de sífilis e candidíase e os resultados foram confirmados por meio dos exames solicitados pela a enfermeira da instituição. Dessa forma, realizamos o aconselhamento, as orientações quanto à transmissibilidade e iniciamos o tratamento. O tratamento para a sífilis, no caso sífilis

tardia, ocorreu com penicilina benzatina com dose de 2,4 milhões UI, com via de administração intramuscular, semanalmente, com 3 semanas, correspondendo a dose total de 7,2 milhões U.I. Para Candidíase o tratamento foi realizado com miconazol, creme a 2%, via vaginal, com uma aplicação à noite ao deitar-se, por 7 dias (BRASIL, 2005).

Abordamos as mulheres quanto à alimentação, ao sono e repouso, as questões emocionais e quando necessário algumas atitudes foram tomadas em busca de um melhor bem-estar.

Conclusão

Apesar da implantação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, o sistema carcerário ainda continua sendo um cenário carente da assistência de saúde, pois faltam profissionais capacitados e disponíveis para trabalharem nesse sistema público assim como, de equipamentos suficientes para um atendimento de saúde com qualidade.

O estágio foi importante para nos mostrar a atual realidade das mulheres que estão privadas de liberdade e resgatar o direito que estas mulheres têm sobre a assistência a saúde. Além disso, o estágio contribuiu para a eliminação de possíveis preconceitos existentes entre nós em relação ao ambiente da penitenciária e, sobretudo as mulheres encarceradas.

É importante que mais estudos sejam realizados para mostrar a atual realidade dessa população e que também possam conscientizar aos alunos de enfermagem assim como os demais profissionais da saúde sobre a necessidade e a importância de uma saúde mais igualitária independente de qual população essa assistência seja prestada.

Essa conscientização tem início ainda na graduação de enfermagem, dessa forma cabem as instituições de ensino superior dar mais atenção e importância ao campo de estágio nas penitenciárias femininas, visto que as diretrizes curriculares enfatizam a realização do estágio curricular obrigatório e não obrigatório em toda a complexidade da saúde.

Referências

BRASIL. Lei nº 2848, de 07 de dezembro de 1940. Dispõe sobre o Código Penal Brasileiro. São Paulo (SP): Saraiva; 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde. 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 208 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde. 2005. 140p.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1777, de 09 de setembro de 2003. Ministério da Justiça. Brasília, DF. 2003.

CASTRO, A. E. D.; SOARES, E. M. C. Dispositivos legais e as políticas voltadas à saúde da mulher em situação de prisão. Jus Navigandi, Teresina, ano 17, n. 447, dez. 2012.

GIL, A.C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5ª Ed. São Paulo: ATLAS, 2007.

RIBEIRO, S. G.; LESSA, P. R. A.; MONTE, A. S.; BERNARDO, E. B. R.; NICOLAU, A. I. O.; AQUINO, P. S.; PINHEIRO, A. K. B. Perfil gineco-obstétrico de mulheres encarceradas no estado do Ceará. Texto Contexto Enferm., Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 13-21, Jan.-Mar. 2013.

SOUZA, M. O. S.; PASSOS, J. P. A prática de enfermagem no sistema penal: Limites e possibilidades. Esc. Anna Nery Ver. Enferm., v. 12, n. 3, p. 417-423, set. 2008.

Agradecimentos

Agradecemos primeiramente a Deus por ser o suporte e nossa família pelo apoio incondicional em todos os momentos. Aos colegas, amigos, alunos e as mulheres da penitenciária feminina, Casa de Custódia, pela a confiança e por nos proporcionar a troca de experiências.

Padrão de Sono Prejudicado em pacientes com Acidente Vascular Encefálico.

Cristiana da Silva Nogueira – Faculdade de Ensino e Cultura, FAECE. cristianasnogueira@gmail.com

Natália de Lima Vesco – Faculdade de Ensino e Cultura, FAECE.

Alexandra da Silva Pereira – Faculdade de Ensino e Cultura, FAECE.

Vitória Nascimento de Souza – Faculdade de Ensino e Cultura, FAECE.

Samila Torquato Araújo – Universidade Federal do Ceará, UFC.

Adman Câmara Soares Lima – Universidade Federal do Ceará, UFC.

Palavras-chave: Acidente Vascular Encefálico. Cuidados de Enfermagem. Transtorno do sono. Diagnóstico de Enfermagem. Sono.

Resumo

INTRODUÇÃO: Em pacientes com doenças crônicas, a importância da avaliação do sono como essencial parte da avaliação clínica está sendo cada vez mais apontada por evidências na literatura, devendo ser reconhecida e incorporada pelos profissionais de saúde. O objetivo do presente trabalho é investigar o diagnóstico Padrão de Sono Prejudicado em pacientes com AVE. **METODOLOGIA:** Pesquisa descritiva, transversal, com abordagem quantitativa, realizada em uma unidade de cuidados intensivos especializada no atendimento de pacientes portadores de AVE agudo. A amostra envolveu 51 pacientes admitidos na unidade referida, durante o período da coleta, sendo realizado um levantamento de dados através de entrevista e exame físico, além da utilização de dois instrumentos com dados baseados no referencial teórico de Orem para a coleta dos dados. Para esta pesquisa foi identificado a presença do diagnóstico de enfermagem Padrão de Sono Prejudicado. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Dentre os entrevistados, 64,71% apresentaram o diagnóstico de enfermagem Padrão de Sono Prejudicado, e 35,29% não apresentaram dificuldades para dormir. Foi possível verificar alterações na qualidade do sono dos pacientes, confirmando os achados da literatura que relatam ser comuns, distúrbios do sono, tais como, dificuldade para dormir e dificuldade para manter o sono em pacientes com AVE. **CONCLUSÃO:** O estudo provocou reflexões a cerca da importância da sistematização da assistência de enfermagem. Dessa forma, pretende-se incentivar os enfermeiros a realizarem pesquisas sobre a temática abordada, visto que o enfermeiro é um profissional que visa o paciente como um ser holístico, buscando a recuperação e promoção da saúde de seus pacientes.

Introdução

Perdendo apenas para as doenças cardiovasculares, as cerebrovasculares estão em segundo lugar nas patologias que mais acometem vítimas com óbitos no mundo (BRASIL, 2013a). No Brasil, o Acidente Vascular Encefálico (AVE) é a principal causa de mortalidade, tornando-se um grave problema de saúde pública (CAVALCANTE *et al.*, 2011), representando a primeira causa de incapacidade no país, criando grande impacto social e econômico. Tal informação revela a importância de ações voltadas à vigilância da saúde dessas pessoas acometidas, com a finalidade de favorecer sua qualidade de vida (BRASIL, 2013b).

O AVE é caracterizado pelo desenvolvimento de distúrbios da função cerebral, que provoca alterações cognitivas e sensorio-motoras de acordo com a extensão e área da lesão encefálica (BRASIL, 2013b), causada pela restrição de irrigação sanguínea no cérebro (CAMPOS *et al.*, 2011) através da obstrução ou ruptura de um vaso cerebral, caracterizando os dois subtipos de AVE: o isquêmico e o hemorrágico, segundo a Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares.

Entre os principais fatores de risco para o desenvolvimento do AVE, estão o tabagismo, o etilismo, sedentarismo, diabetes mellitus, a dislipidemia, doenças cardiovasculares e a hipertensão arterial, (BRASIL, 2013b) sendo esta última considerada o maior fator de risco modificável para o desenvolvimento do AVE (BRITO; PANTAROTTO; COSTA, 2011). A maior incidência do AVE ocorre em indivíduos do sexo masculino e em pessoas da raça afroamericana, além de sobrevir um maior risco à medida que a idade avança (SMELTZER; BARE, 2012).

Alterações no nível de consciência, disfunções como ansiedade, depressão, déficits motores, distúrbios sensoriais, sexuais, distúrbios de cognição, comunicação e distúrbios do sono, são prevalentes nos pacientes acometidos por AVE (CAMPOS *et al.*, 2012; CAVALCANTE, 2011). Sabe-se que, entre outros fatores, a qualidade de vida também está relacionada à qualidade do sono. Nas doenças crônicas, os distúrbios psicofisiológicos interferem diretamente na qualidade do sono, podendo causar sonolência diurna, insônia e redução de desempenho das atividades diárias (FERREIRA; CEOLIM, 2012).

Pacientes com um único evento isquêmico demonstram correlação entre o desempenho da memória com a eficiência do sono, o que sugere ligação entre as funções cognitivas após o AVE e o sono (CAMPOS *et al.*, 2011). Em pacientes com doenças crônicas, a importância da avaliação do sono como essencial parte da avaliação clínica está sendo cada vez mais apontada por evidências na literatura, devendo ser reconhecida e incorporada pelos profissionais de saúde (FERREIRA; CEOLIM, 2012).

Em outro estudo, foi possível verificar alterações da qualidade do sono em uma amostra de pacientes acometidos por AVE, além de um déficit cognitivo e uma dependência funcional moderada. Tais resultados corroboram os achados da literatura sobre o AVE, relatando ser comum a redução da eficiência do sono, o aumento da sonolência e o aumento do número de interrupções do sono, incluindo distúrbios de movimento e déficit cognitivo, afetando as atividades da vida diária (CAMPOS *et al.*, 2012).

Pacientes acometidos por alguma doença, principalmente se perderam a capacidade de desempenhar suas atividades diárias, ficam ansiosos e podem apresentar mudanças significativas no padrão de sono (MULLER; GUIMARAES, 2007). Os transtornos do sono podem significar um fator de expressivo impacto na vida de uma pessoa. Eles podem estar relacionados à insônia, distúrbios respiratórios, depressão e distúrbios do movimento noturno. Uma noite de sono mal dormida ocasiona alterações de humor, fisiológicas, podendo ser prejudicial a curto, médio ou longo prazo (MULLER; GUIMARAES, 2007).

A enfermagem presta a assistência, e direciona o cuidado através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que representa instrumento de trabalho do enfermeiro, com a finalidade de identificação das necessidades do paciente, permitindo assim um direcionamento nas ações do cuidado.

As informações obtidas sobre a qualidade do sono nos pacientes com AVE permitirá ao enfermeiro planejar intervenções que venham contribuir na implementação do cuidado diário, e assim proporcionar melhor qualidade de vida a esses pacientes. Diante do exposto objetivou-se identificar a presença do diagnóstico de enfermagem Padrão de Sono Prejudicado em pacientes com AVE.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa descritiva, do tipo transversal com abordagem quantitativa. Os estudos transversais de acordo com Hulley *et al.* (2008), envolvem coletas de dados em um ponto do tempo, sendo assim, apropriados para descrever a situação, o status do fenômeno, ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo. A pesquisa descritiva, segundo Moretti *et al.* (2008), desenvolve-se, principalmente, nas ciências humanas e sociais, abordando problemas e dados que merecem ser estudados. Esse tipo de pesquisa observa, registra, analisa e correlacionam variáveis sem manipulá-los. Com a maior precisão possível, busca descobrir com que frequência um fenômeno ocorre, sua conexão e relação com outros, sua natureza e características.

O estudo foi desenvolvido em uma unidade de cuidados intensivos especializada no atendimento de pacientes portadores de AVE agudo, localizada em um hospital de grande porte de Fortaleza-CE, durante o período de junho e julho de 2012 e fevereiro a abril de 2013.

A população envolveu os pacientes admitidos na unidade referida durante o período da coleta. Participaram da pesquisa os pacientes que atenderem os seguintes critérios de inclusão: estar internado na unidade com diagnóstico médico confirmado de acidente vascular encefálico, independente do tipo. Apresentar déficit neurológico focal no momento da admissão. Foram excluídos da amostra os pacientes que durante a coleta de dados apresentaram complicações e situações de emergência.

A coleta de dados aconteceu respeitando os horários de atividades da unidade, conforme acordo com a coordenação da unidade referida. O convite para participar foi formulado no momento em que os pacientes estavam acordados e quando não haviam procedimentos a serem realizados. Foi explicado aos participantes e acompanhantes os objetivos e metodologia do estudo, os critérios de inclusão e exclusão e a obrigatoriedade de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Após consentimento foi realizada a primeira etapa do processo de enfermagem, que consiste em levantamento de dados através de entrevista e exame físico. Para a coleta dos dados foi utilizado dois instrumentos construídos por Hermida (2005), que contém dados baseados no referencial teórico de Orem. Esses instrumentos passaram por validação de conteúdo, onde a concordância entre os juízes foi analisada pelo coeficiente de concordância kappa, que mostraram valores 95,3% e 85,7% entre bom e excelente para os instrumentos entrevista e exame físico, respectivamente. Foi evidenciado que os mesmos permitem coletar os dados dos pacientes de forma sistemática e voltados para o autocuidado, além de apresentarem validade e confiabilidade.

Foram contemplados os seguintes itens: Identificação, requisitos para o autocuidado universais, de desenvolvimento e de desvios de saúde. Posteriormente foi realizado o exame físico detalhado no leito do paciente, respeitando sua privacidade e integridade física.

Para esta pesquisa foi identificado a presença do diagnóstico de enfermagem Padrão de sono prejudicado, de acordo com a taxonomia II do NANDA international 2012-2014.

Para a análise dos dados foi elaborado um banco de dados na planilha Microsoft Office Excel 2007 e, posteriormente, transportados para o EPINFO, para a determinação de medidas de tendência central e foram calculadas média, desvio padrão e aplicados testes estatísticos.

Os resultados foram apresentados em tabelas, quadros e gráficos, de acordo com a melhor configuração para cada conjunto de variáveis.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos da Universidade Federal do Ceará, sob protocolo n. 010/11. Foram respeitados os aspectos éticos conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12. Os participantes assinaram o TCLE, no qual constaram as informações detalhadas sobre o estudo, a liberdade para desistir do mesmo a qualquer momento, a garantia do anonimato e, ainda, que o estudo não traria nenhum prejuízo ou complicações para os participantes (BRASIL, 2012).

Resultados e Discussão

No período do estudo foram entrevistados 51 pacientes, sendo 29 (56,86%) do sexo masculino, e 22 (43,14%) do sexo feminino. Quanto ao estado civil, 31 (60,78%) eram casados, 15 (29,41%) solteiros, e 05 (9,80%) viúvos.

Com relação ao nível de escolaridade, o maior percentual tinha ensino fundamental incompleto (21-42,86%), seguido por ensino fundamental completo (14 - 28,57%). 7 (14,29%) pacientes, já haviam concluído o ensino médio, 5 (10,20%) não eram alfabetizados, 3 (2,04%) não concluíram o ensino médio, e 1 (2,04%) tinha ensino superior completo.

Os resultados mostraram que dos participantes, 33 (64,71%) apresentaram o diagnóstico de enfermagem (DE) padrão de sono prejudicado, e apenas 18 (35,29%) não apresentaram dificuldades para dormir. Entre os indivíduos que apresentaram o referido DE, 21 (63,63%) deles eram do sexo masculino, e 12 (36,37%) do sexo feminino.

Pelos resultados do presente estudo, foi possível verificar alterações na qualidade do sono dos pacientes, o que confirma os achados da literatura que relatam ser comuns, distúrbios do sono, tais como, dificuldade para dormir e dificuldade para manter o sono em pacientes com AVE. Observou-se maior prevalência do sexo masculino nos pacientes com o diagnóstico, o que corroboram com os achados de maior incidência do AVE, que ocorre em indivíduos do sexo masculino e em pessoas da raça afroamericana, além de ocorrer um maior risco à medida que a idade avança (SMELTZER; BARE, 2012).

Um estudo relacionado à qualidade do sono e a sonolência diurna em pacientes acometidos pelo AVE de um hospital do Rio Grande do Norte, verificou-se que 64% dos pacientes avaliados apresentaram qualidade ruim do sono e 43% sonolência excessiva, demonstrando que na terapêutica clínica e abordagem diagnóstica, a investigação de problemas relacionados ao sono é um fator importante (CAMPOS *et al.*, 2011).

A característica definidora de maior prevalência apresentada por 26 (78,79%) dos 33 pacientes diagnosticados, foi a dificuldade para manter o sono, 5 (15,15%) pacientes disseram apresentar dificuldade para iniciar o sono e 2 (6,06%) deles relataram sonolência diurna.

Outro problema relacionado ao sono, apresentado pela maioria dos pacientes, mesmo aqueles que não apresentaram distúrbios do sono, foi o ronco, presente em 48 (94,12%) sujeitos. Mesmo ainda sendo desconhecidos os mecanismos que poderiam explicar o aumento do risco de AVE em roncadores, estudos demonstram que o ronco tem sido considerado um fator de risco para o AVE (SILVEIRA; DUARTE, 2010).

Conclusão

O presente estudo evidenciou elevada prevalência da presença do DE Padrão de Sono Prejudicado em pacientes acometidos por AVE, provocando reflexões acerca da importância da sistematização da assistência de enfermagem. Apesar de outras pesquisas também revelarem essa prevalência, esse fato ainda parece ser pouco valorizado pelos profissionais, já que é de suma importância que a investigação sobre o sono seja realizada de forma precoce na avaliação dos pacientes com AVE, para minimizar ou até eliminar os fatores relacionados, através da implementação das intervenções de enfermagem.

No presente estudo, a má qualidade do sono mostrou-se associada principalmente à dificuldade do paciente para manter o sono. Embora os fatores relacionados não tenham sido investigados na presente pesquisa, esse fato merece a atenção dos enfermeiros, no qual se faz necessário a adoção de medidas para promover a qualidade do sono dos pacientes acometidos por AVE, identificando os fatores relacionados ao diagnóstico e planejando as intervenções de enfermagem, de forma a contribuir para a qualidade de vida desses pacientes.

Além da compreensão da patogenicidade no acometimento do AVE, o conceito sobre os diagnósticos de enfermagem devem ser reconhecidos e realmente utilizados, assim como uma adequada avaliação do sono em função da saúde de seus pacientes. Com este estudo, pretende-se incentivar os enfermeiros a realizarem pesquisas em relação à temática abordada, visto que o enfermeiro é um profissional que visa o paciente como um ser holístico, que busca a recuperação e promoção da saúde de seus pacientes.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. **Resolução 466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de rotinas para atenção ao AVC** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_para_atencao_avc.pdf> Acessado em: 16 Jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf>. Acessado em: 16 Jun. 2014.

BRITO, E.S.; PANTAROTTO, R.F.R.; COSTA, L.R.L.G. A hipertensão arterial sistêmica como fator de risco ao acidente vascular encefálico (AVE). **J. Health Sci. Inst**; 29(4):265-8. graf, tab. oct.-dec. 2011. Disponível em: <http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2011/04_out-dez/V29_n4_2011_p265-268.pdf>. Acessado em: 16 Jun. 2014.

CAMPOS, T.F.; RODRIGUES, C.A.; FARIAS, I.M.A.; RIBEIRO, T.S.; MELO, L.P. Comparação dos instrumentos de avaliação do sono, cognição e função no acidente vascular encefálico com a classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF). **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos , v. 16, n. 1, Feb. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552012000100005&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 16 Jun. 2014.

CAMPOS, T.F.; PINHEIRO, C.D.G.; DIÓGENES, F.P.; BARROSO, M.T.M.; DANTAS, A.A.T.S.G. Cronotipo e implicações para sua utilização na fisioterapia em pacientes com acidente vascular encefálico . **Fisioterapia e Pesquisa**, [S.l.], v. 18, n. 3, p. 258-263 , set. 2011. ISSN 2316-9117. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/fpusp/article/view/12268/14045>>. Acessado em: 16 Jun. 2014.

CAVALCANTE, T.F.; MOREIRA, R.P.; GUEDES, N.G.; ARAUJO, T.L.; LOPES, M.V.O.; DAMASCENO, M.M.C.; LIMA, F.E.T. Intervenções de enfermagem aos pacientes com acidente vascular encefálico: uma revisão integrativa de literatura. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 45, n. 6, Dez. 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600031&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 16 Jun. 2014.

FERREIRA, L.T.K.; CEOLIM, M.F. Qualidade do sono em portadores do vírus da imunodeficiência humana. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 46, n. 4, Aug. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000400016&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 16 Jun. 2014.

HERMIDA, P.M.V. **Elaboração e validação de instrumento para coleta de dados na assistência de Enfermagem**. [dissertação de mestrado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas/ UNICAMP; 2005.

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

MORETTI, N.; NORONHA, A.C.G.; PRADO, H.L.; TONDO, I.S.P.; BIEZUS, M.F.G.T.; DARIVA, N.E.; RODRIGUES, S.F.; SORBAR, S.M.; OLIVEIRA, V.A. **Manual de metodologia científica: Como elaborar trabalhos acadêmicos**. União de Ensino Superior de Cafelândia- UNICA. Março, 2008. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/19441613/Manual-de-Metodologia-Cientifica>> Acessado em: 18 Ago. 2014.

MULLER, M. R.; GUIMARAES, S. S. Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 24, n. 4, Dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2007000400011&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 16 Jun. 2014.

NANDA. **Diagnóstico de Enfermagem da Nanda: Definições e Classificação 2012-2014**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

Portal da Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares (SBDV). Disponível em <http://www.sbdcv.org.br/publica_avc.asp>. Acessado em: 16 Jun. 2014.

SILVEIRA, F.J.M.; DUARTE, R.L.M. Consequências do ronco não-tratado. **J. bras. pneumol.**, São Paulo , v. 36, supl. 2, June 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132010001400009&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 16 Jun. 2014.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

Percepção de uma residente em Saúde Coletiva acerca do processo de territorialização da 16ª Região de Saúde do Estado do Ceará

Karine da Silva Oliveira – Escola de Saúde Pública do Ceará/kariineoliveira01@gmail.com

Elayne Cristina Matias Nóbrega – Escola de Saúde Pública do Ceará

Geisa Adeodato da Silva – 16ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Ceará

Palavras-chave: Território. Territorialização. Saúde.

Resumo

Para habitar um território é necessário ser sensível às suas questões, colocando em relação fluxos diversos - políticos, comunicativos, afetivos e interativos no sentido concreto, detectável na realidade. O presente estudo teve como objetivo explicar a percepção de uma residente em Saúde Coletiva acerca do processo de territorialização realizado na 16ª Região de Saúde do estado do Ceará. Tratou-se de um estudo transversal descritivo, feito por meio de territorialização realizada na 16ª Região de Saúde do Ceará durante os meses de junho e julho de 2014. A Região é composta por cinco municípios Barroquinha, Camocim, Chaval, Granja e Martinópole e Camocim é o município-pólo. As rodovias intermunicipais são carroçáveis e irregulares. As ações e os serviços de saúde tem como foco o nível de complexidade, de forma fragmentada e insuficientes para suprir as necessidades de saúde da população. A Região tem como principais atividades econômicas a agricultura de subsistência e a pecuária (criação de bovinos), além de indústrias. A maioria dos empregos formais é caracterizada pela administração pública. A predominância desta deve-se ao grande contingente de indivíduos principalmente contratados ou indicados. Percebeu-se que Camocim possui vantagens em relação aos demais municípios devido à sua grande diferença sócio-econômica. Outro ponto com destaque é a político-burocracia, muito frequente na Região, além da fragilidade na resolubilidade e qualidade dos serviços de saúde, que comprometem a garantia dos princípios do SUS. Porém, a regionalização é uma política que tem cumprido importante papel no desenvolvimento do sistema de saúde nacional e estaduais.

Introdução

O território configura-se no espaço, a partir de uma ação conduzida por um ator sintagmático - aquele que realiza um programa, em qualquer nível da realidade. Ao se apropriar de um espaço, de forma concreta ou abstrata, “[...] o ator “territorializa” o espaço. Significa que o território materializa as articulações estruturais e conjunturais a que os indivíduos ou os grupos sociais estão submetidos num determinado tempo histórico, tornando-se intimamente correlacionado ao contexto e ao modo de produção vigentes. Esse aspecto processual de formação do território constitui a territorialização. A territorialização nada mais é do que um processo de “habitar um território”. O ato de habitar traz como resultado a corporificação de saberes e práticas. Para habitar um território é necessário explorá-lo, torná-lo seu, ser sensível às suas questões, ser capaz de movimentar-se por ele com alegria e descoberta, detectando as alterações de paisagem e colocando em relação fluxos diversos - não só cognitivos, técnicos, racionais - mas políticos, comunicativos, afetivos e interativos no sentido concreto, detectável na realidade. Essa abordagem remete, fundamentalmente, à importância da territorialização para os processos formativos em saúde com foco na aprendizagem significativa e nos contextos de vida do cotidiano (GONDIM E MONKEN, 2008)

Santos e Rigotto (2011) acrescentam que a apreensão e a compreensão do território, em que pese toda a sua riqueza e complexidade, sinalizam uma etapa primordial para a caracterização descritiva e analítica das populações humanas e de seus problemas de saúde. Além disso, também permitem a avaliação dos reais impactos dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população, possibilitando, ou efetivamente abrindo, espaços para o desenvolvimento de práticas de saúde voltadas para o chão concreto, para o lugar da vida cotidiana das pessoas. Para além da dimensão político-operativa do sistema de saúde, o território, na condição de cotidiano vivido no qual se dá a interação entre as pessoas e os serviços de saúde no nível local do SUS, caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos. Esse espaço apresenta, portanto, além de uma delimitação espacial, um perfil histórico, demográfico, epidemiológico, político, social e cultural, que o caracteriza como um território em permanente construção.

O presente estudo teve como objetivo explicar a percepção de uma residente em Saúde Coletiva acerca do processo de territorialização realizado na 16ª Região de Saúde do estado do Ceará, através de percurso pelo território.

Metodologia

Tratou-se de um estudo transversal descritivo, feito por meio da territorialização realizada na 16ª Região de Saúde do Ceará durante os meses de junho e julho de 2014. Para o desenvolvimento desta, utilizou-se as seguintes estratégias: conversa direta com os técnicos responsáveis e demais funcionários da 16ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES), visita à Secretaria de Saúde de um dos municípios da Região – Martinópole – e conversa direta com a técnica municipal responsável pela Atenção Básica deste, pesquisa e estudo dos principais indicadores de saúde da Região por meio de materiais fornecidos pela CRES: as propostas dos Planos de Ação Regional das Redes de Atenção à Saúde e o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), bem como pesquisa de dados

provenientes das seguintes fontes: DAB-web (Departamento de Atenção Básica), DATASUS, IPECE (Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará) e IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Obteve-se assim as seguintes informações a respeito da Região: características geográficas, população assistida e perfil demográfico, Redes de Atenção à Saúde e Atenção Básica e informações sobre emprego e renda.

Resultados e Discussão

A 16ª Região de Saúde é composta por cinco municípios, sendo eles: Barroquinha, Camocim, Chaval, Granja e Martinópole. Todos estão localizados ao Noroeste do Estado e possuem Granja com um dos municípios limítrofes, devido à sua grande extensão territorial. A Região encontra-se inserida na Macrorregião de Sobral e possui Camocim como município pólo, assumindo a responsabilidade de referência para os demais municípios, por dispor de maior capacidade resolutiva em serviços de média complexidade. Os serviços de alta complexidade são encaminhados para Sobral (embora muitos serviços de média complexidade também sejam encaminhados para Sobral).

Chaval é o município mais distante mais distante de Camocim, perfazendo 52 km. Em sua maioria, as rodovias intermunicipais são carroçáveis, irregulares, com travessias de rios e riachos que durante a estação chuvosa isolam as comunidades, dificultando principalmente o acesso às unidades de saúde. O transporte intermunicipal é carente, pois poucos distritos contam com transporte rodoviário rotineiro, sendo a maioria servida por carros de lotações e mototáxis.

A população total é de 151.100 habitantes. Camocim é a cidade mais populosa da Região, com 60.870 habitantes e apresenta maior densidade demográfica, seguido de Chaval, com respectivamente 54 e 53 habitantes por km².

As ações e os serviços de saúde existentes nos cinco municípios são organizados tendo como foco o nível de complexidade, apresentando-se de forma fragmentada e mostrando-se insuficientes para suprir as necessidades de saúde da população e para garantir a integralidade do cuidado.

Em relação à Rede de Atenção às Urgências e Emergências, planeja-se a implantação de 01 SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) básico para Granja e 01 SAMU avançado para Camocim (ambos regulados pela Macrorregião de Sobral), porém estes projetos ainda encontram-se em lenta fase de implementação. Quanto à Rede de Atenção Psicossocial, a Região conta atualmente com 03 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): um recentemente construído do tipo I em Granja, um do tipo II e um do tipo AD (álcool e drogas) em Camocim. Esta rede conta também com dois leitos psiquiátricos cadastrados no hospital pólo da Região Deputado Murilo Aguiar, localizado em Camocim. Porém, mais ações devem ser aprimoradas para que a presente Rede funcione de maneira sólida e integralizada. Durante a construção desta foi proposta a criação de Coordenações Municipais de Saúde Mental e a instituição do Fórum Permanente da Rede de Atenção Psicossocial, estes ainda não implantados.

A Rede Cegonha também está em processo de implantação na presente Região de Saúde. O plano de ação tem como proposta ampliar o acesso à saúde da mulher e da criança, trazendo a criação dos leitos de UTI adulto, UCI neonatal, UTI neonatal e leitos cangurus no município de Camocim, além de outras medidas. A Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência teve a proposta de plano de ação mais recente dentre todas as outras. Esta também encontra-se em processo de implantação. O maior número de portadores de deficiência da Região está nos municípios de Camocim e Granja, justificado pelo maior número de população com deficiências visual, física, intelectual e auditiva. Granja ainda concentra o maior registro de pessoas com deficiência, com 1,6% da população com algum tipo desta, sendo os principais a deficiência física e a intelectual, que somam um número de 466 indivíduos do total. O segundo município com maior registro é Camocim, com 1,5 % da população, predominando também as deficiências física e intelectual. Este número considerável propõe que a 16ª Região deva futuramente implantar um Centro Especializado em Reabilitação para esta população entretanto, este projeto ainda não foi discutido. A Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas ainda não teve lançada sua proposta do Plano de Ação na Região, bem como não há data prevista para o início do seu planejamento.

A estrutura da Atenção Básica regional é formada por 49 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e 376 agentes comunitários de saúde (ACS's) credenciados pelo Ministério da Saúde. A estimativa da população coberta pelas equipes da ESF é de 131.630 pessoas, faltando ainda uma grande contingente populacional a ser coberto, 19.470 habitantes. A estimativa da população coberta pelos ACS's é de 137.380 pessoas e o contingente que falta também é considerável, sendo 13.720 habitantes.

A situação epidemiológica dos municípios da Região apresenta elevadas taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares e causas externas e razão de mortalidade materna e neonatal elevadas, onde as necessidades da população materna-infantil e as dificuldades de acesso aos serviços de urgências foram determinantes na decisão da reorganização das Redes Cegonha e de Atenção às Urgências e Emergências. Há também muitas fragilidades em relação à resolubilidade e qualidade dos serviços de saúde prestados, constatando-se descontinuidade no cuidado ao usuário, fluxos e rotinas informais de encaminhamento de pacientes, além de suprimento deficiente das unidades, gerando dificuldades no exercício da responsabilidade e ordenamento das Redes de Atenção.

Em relação ao emprego e renda, a 16ª Região de Saúde tem como principais atividades econômicas a agricultura de subsistência e a pecuária (criação de bovinos), além de indústrias. Nesse sentido, destacam-se os municípios de Camocim e Chaval, este último possui uma fábrica de calçados e a atividade salineira. Destaca-se também a atividade pesqueira, já que Barroquinha e Camocim encontram-se com o oceano Atlântico. Por se tratar de uma região litorânea, as cidades têm muito potencial turístico. A maioria dos empregos formais é caracterizada pela administração pública (7.538 empregados). A predominância da administração pública na Região deve-se ao grande contingente de indivíduos principalmente contratados ou indicados.

Conclusão

Com o processo de territorialização, percebeu-se que Camocim possui vantagens em relação aos demais municípios não somente por sua localização geográfica central e contingente populacional maior, mas também devido à sua grande diferença sócio-econômica, que permite dependência destes outros a Camocim, além de ações e serviços oferecidos muito concentrados neste. Quanto ao atendimento, os demais municípios são desprovidos da grande maioria de ações e serviços de saúde, necessitando de deslocamento para Camocim. As dificuldades neste deslocamento para o município pólo e para Sobral são também determinantes para aumentar as desigualdades. Outro ponto com destaque é a político-burocracia (observado com a predominância da administração pública), muito frequente na Região, favorecendo poucos e impedindo a redução das disparidades. As muitas fragilidades em relação à resolubilidade e qualidade dos serviços de saúde, descontinuidade no cuidado ao usuário e demais fatores também comprometem a garantia dos princípios do SUS.

Porém, considerando-se os ganhos obtidos com o sistema de regionalização, esta é uma política que tem cumprido importante papel no desenvolvimento do sistema de saúde nacional e estaduais. A delimitação das áreas de atenção favorece a gestão racional, definindo os responsáveis por aquela parcela territorial, uma vez que todo município deve estar contido em uma Região de Saúde. A gestão eficiente do sistema de saúde é de vital importância para se alcançar todos os níveis de atendimento possíveis e a toda a população, a fim de solidificar os princípios do nosso Sistema Único de Saúde.

Referências

Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde 2012/2013. Ministério da Saúde. Estado do Ceará. Região de Saúde de Camocim. Fortaleza, Agosto/2012.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda; MONKEN, Maurício. Territorialização em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2 ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), 2008. 478 p.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em junho de 2014.

IPCE (Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará)/ Perfil Básico Municipal, 2013. Disponível em: <<http://www.ipece.ce.gov.br/>>. Acesso em junho de 2014.

Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/**DAB-web (Departamento de Atenção Básica)** – Nota técnica. Maio, 2014.

Plano de Ação Regional da Rede Cegonha/ Região de Saúde de Camocim, novembro de 2011.

Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências/ Região de Saúde de Camocim, novembro de 2011.

Plano de Ação Regional da Rede de Atenção Psicossocial/ Região de Saúde de Camocim, novembro de 2011.

Plano de Ação Regional da Rede de Atenção de Cuidado à Pessoa com Deficiência 2013-2015/ Região de Saúde de Camocim, junho de 2013.

SANTOS, Alexandre Lima; RIGOTTO, Raquel Maria. Território e territorialização: Incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na Atenção Básica à saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 3, p. 387-406, nov.2010/fev.2011.

Agradecimentos

Agradecemos a Deus, nosso Senhor e Mantenedor, por sempre nos guiar, iluminar e proteger; aos nossos pais e família, pelo apoio, amor e dedicação constantes; à nossa orientadora Geisa Adeodato, por todo o auxílio prestado; aos demais funcionários da 16ª CRES, pela amizade e troca de experiências; e à Escola de Saúde Pública do Ceará, pela concretização da nossa residência e possibilidade de desenvolvimento deste trabalho.

Percepção dos familiares de mulheres mastectomizadas sobre o diagnóstico de câncer de mama: um cuidado de enfermagem

Camila Brasil Moreira – Universidade Federal do Ceará. Email: camilabrasil@alu.ufc.br
Altamira Mendonça Félix Gomes – Universidade Federal do Ceará
Míria Conceição Lavinias Santos – Universidade Federal do Ceará
Ana Fátima Carvalho Fernandes – Universidade Federal do Ceará

Palavras-chave: Mastectomia. Relações familiares. Enfermagem. Diagnóstico. Neoplasias da mama..

Resumo

Objetivou-se compreender a percepção do diagnóstico de câncer de mama na visão dos familiares de mulheres mastectomizadas. Estudo descritivo qualitativo, pautado na Teoria Fundamentada em dados. Entrevistaram-se 11 familiares de mulheres mastectomizadas, entre julho e agosto de 2008, em uma instituição oncológica. A análise dos dados permitiu a identificação da categoria central: compreensão da família sobre o diagnóstico de câncer de mama que foi constituída por três subcategorias temáticas: câncer de mama como sinônimo de morte, relações familiares, medo da recidiva. O cuidado em família requer o envolvimento verdadeiro e afetuoso, acredita-se que a presença da família é tão importante quanto à realização de procedimentos técnicos. Concluiu-se que o conhecimento técnico objetivo nem sempre funciona satisfatoriamente diante de situações de estresse como o conhecimento subjetivo que se revela na dinâmica familiar.

Introdução

A partir do diagnóstico de câncer confirmado, o paciente obriga-se a repensar valores, pois o câncer acarreta alterações significativas nas mais variadas esferas da vida, como lazer, trabalho e família. Ter câncer implica mudanças no cotidiano e nas relações com as pessoas do seu contexto social (SILVA; SANTOS, 2008).

A intervenção cirúrgica pode ser uma experiência emocionalmente difícil para o ser humano e seus familiares. Nela, os indivíduos podem apresentar estado de tensão, ansiedade ou medo, em decorrência do desconhecido, da anestesia, da mutilação e até mesmo da possibilidade da morte (ARAÚJO; FERNANDES, 2008).

No passado, o enfoque assistencial do cuidado de enfermagem prestado na unidade hospitalar era apenas centrado no paciente. Os profissionais de saúde apresentavam resistência na incorporação dos familiares como clientes. Os familiares que acompanhavam pacientes no hospital reproduziam, nesse ambiente, algumas práticas de cuidado que efetivavam no domicílio, baseados em crenças, costumes, recursos e visões acerca do que era adequado, porém, nem sempre eram compatíveis com a cultura de cuidado da equipe multiprofissional (SOUZA; ESPÍRITO SANTO, 2008). Essa incompatibilidade, muitas vezes, poderia gerar conflitos, devido ao fato de os referenciais de cuidado das famílias serem adquiridos, em sua maioria, do sistema popular de cuidados e os referenciais dos profissionais advindos tanto do sistema popular quanto do sistema profissional de cuidados.

A família que se defronta com a doença e a internação de um parente, encontra-se diante de uma situação diferente, com novos códigos e símbolos, principalmente do mundo profissional, contudo, alicerçada em suas próprias experiências. A experiência de conviver com uma mulher com câncer de mama pode ser considerada fator de sobrecarga física e emocional para a família que repercute sobre a saúde dos seus membros (TAVARES; TRAD, 2009). Os cuidados prestados podem acarretar mudanças na dinâmica e estrutura familiar, sendo potencial fonte de estresse, pois estão diretamente relacionados às fases de evolução da doença e às especificidades do câncer de mama, daí a importância de se estudar a visão dos familiares vivenciando o câncer de mama (SALCI; MARCON, 2011).

Quando a interação enfermagem-família ocorre de forma adequada há um cenário que propicia à enfermagem a incorporação de outros referenciais à forma de cuidar. Por meio da compreensão e da interação das mulheres mastectomizadas com seus familiares e da valorização dos determinantes culturais, sociais, psicológicos envolvidos no processo saúde-doença, pode-se realizar uma nova leitura do papel do familiar acompanhante dessas pacientes, bem como uma interpretação mais fidedigna de seus sentimentos, de suas trocas emocionais com as clientes. Tendo em vista tal contexto, o presente trabalho visa compreender a percepção do diagnóstico de câncer de mama na visão dos familiares de mulheres mastectomizadas.

Metodologia

Tratou-se de um estudo descritivo, conduzido pela abordagem metodológica qualitativa, pautada na análise de conteúdo do tipo análise temática. Na análise de conteúdo procura-se conhecer aquilo que está por trás das palavras, existe uma busca de outras realidades através das mensagens transmitidas. O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos a essa teoria que serve de guia à leitura, e tem como finalidade descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição possa significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido (BARDIN, 2008).

Os informantes foram 11 familiares de pacientes mastectomizadas, do sexo feminino, contatados no setor de quimioterapia de uma instituição hospitalar. Para a condução do estudo, foram selecionados os familiares de mastectomizadas que estavam acompanhando-as no tratamento quimioterápico e que, em algum momento, prestaram cuidados à paciente. Para definir o número de participantes do estudo, baseou-se na saturação dos dados contidos nos depoimentos das entrevistas (POLIT; HUNGLER, 2004).

A coleta dos dados foi realizada com base nos princípios preconizados por Bardin (2008). A estratégia utilizada para obtenção dos dados foi a entrevista do tipo semiestruturada, orientada pela questão norteadora: como você recebeu o diagnóstico de câncer de mama do seu familiar?

As entrevistas foram gravadas e transcritas, fato que possibilitou análises detalhada dos depoimentos. À medida que se avançou na coleta de dados, a teoria central foi sendo delineada, pois a análise e comparação contínua dos dados possibilitaram que a saturação das informações ocorresse de forma natural durante o processo.

A organização dos dados foi realizada de forma manual, fundamentada na análise de conteúdo e de acordo com as seguintes etapas: de pré-análise, exploração do material, tratamento dos dados com a organização sistemática destes em unidades temáticas e a construção de inferências e interpretação das categorias significativas (BARDIN, 2008).

A análise permitiu a identificação da categoria central: compreensão da família sobre o diagnóstico de câncer de mama, constituída por três subcategorias temáticas: câncer de mama como sinônimo de morte, relações familiares, medo da recidiva.

Alguns critérios foram delimitados para melhor fidedignidade do estudo e manutenção do anonimato dos 11 participantes. Os discursos foram transcritos na íntegra e fielmente relatados. Os participantes foram entrevistados pelo pesquisador principal, os discursos foram analisados por dois pesquisadores com no mínimo um ano de experiência em pesquisa qualitativa, ou seja, dois professores doutores em pesquisa na área de câncer de mama. Todas as categorias foram revisadas pelos juízes pesquisadores da área para garantir que os resultados demonstrassem a percepção dos familiares ao se deparar com o diagnóstico de câncer de mama.

O estudo foi desenvolvido em consonância com as diretrizes disciplinadas pela Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, e o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital do Câncer do Ceará, tendo sido aprovado.

Iniciou-se uma nova fase da pesquisa, quando o primeiro contato com os familiares das pacientes foi realizado e na ocasião obteve-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os participantes foram informados sobre o direito de sua retirada do processo de pesquisa em qualquer momento sem prejuízo algum. As entrevistas somente foram realizadas quando os familiares apresentaram total disposição para realizá-las. A confidencialidade foi mantida por meio da codificação dos nomes dos familiares pela palavra “Familiar” e por uma numeração arábica corresponde à ordem das entrevistas. Os participantes tiveram a oportunidade de escutar as entrevistas se assim solicitassem.

Resultados e Discussão

Na busca por compreender como a família recebeu o diagnóstico de câncer de mama, os dados foram organizados em uma categoria central, a qual foi composta de três subcategorias temáticas.

Câncer de mama como sinônimo de morte

No estudo, revelou-se que na perspectiva da gravidade da doença, culminando com um tratamento agressivo e mutilador como a mastectomia, vê-se a proximidade da morte, como pode ser observado nas seguintes falas:

“É uma coisa muito ruim! Essa doença é horrível, acaba com a pessoa. Ela significa uma coisa que lembra morte.” (Familiar 01)

“Quando eu soube, me tranquei no quarto e chorei escondida com medo dela morrer” (Familiar 03)

A família tem uma estrutura de funcionamento interno, na qual é formada por uma rede de interações, de modo a cuidar dos seus membros. O cuidado dispensado pela família é fundamental para que a mulher possa vivenciar a etapa do diagnóstico, do tratamento e da reabilitação de modo singular, atribuindo significado e buscando superar o impacto do diagnóstico do câncer de mama e da mastectomia.

O diagnóstico de câncer pode acarretar um desequilíbrio na estrutura familiar, podendo a família compartilhar o sofrimento, já que existe a possibilidade da terminalidade. Frente a esse diagnóstico, a família passa a conviver com a incerteza do futuro do paciente, fato gerador de medo e ansiedade.

A família que enfrenta o câncer costuma apresentar uma crença profunda de que a doença é necessariamente fatal. Para aumentar ainda mais o choque, o paciente e sua família podem estar vivenciando a ideia de mortalidade pela primeira vez.

Relações familiares

O diagnóstico de câncer e a consequente mastectomia tornam perceptíveis a fragilidade humana e as relações familiares, o estigma, o sofrimento e a morte estão vinculados ao diagnóstico de câncer de mama; o impacto da notícia causa sofrimento e aflição intensos, reforça a ausência de preparo diante da aceitação da finitude, da impotência diante de certas situações da vida, observado na fala a seguir:

“Não acreditei. Como será tudo agora? Mamãe cuidava de tudo.” (Familiar 4)

Entre os familiares que vivenciaram alterações consideradas significativas em sua rotina e projetos de vida, todos reconheceram que assumiram estas novas tarefas “com dedicação” e “por amor”. Os projetos imediatos, como por exemplo, a realização de cursos, viagens, término da construção da casa, foram voluntariamente postergados enquanto aguardava-se a melhora do quadro clínico da paciente e diminuição dos gastos com medicação e transporte. No entanto a despeito da atitude altruísta, a necessidade de adaptação constante da rotina e planos de vida ao estado de saúde do membro enfermo tem sido apontada como uma das principais fontes de ansiedade nas famílias. Esse fato pode ser percebido na fala:

“Terá uma vida muito frágil. Precisarás sempre de ajuda.” (Familiar 2)

A descoberta do câncer em um ente querido provoca no seio familiar uma série de vicissitudes relacionadas ao medo de perdê-lo. Nesse momento, o mundo, como horizonte do cotidiano humano, surge diante do homem aniquilando não apenas as coisas particulares à sua volta, mas também seus sonhos de viver um porvir prazeroso, que passa a apontar para o nada, pois o câncer traz consigo, ao longo do tempo, o estigma social de doença incurável. A incerteza da convivência e do tratamento estimula a reflexão da pessoa acometida e do familiar que acompanha, como visto no relato:

“Não sei como será a vida sem ela? Como será o tratamento? Agora estamos mais unidos.” (Familiar 5)

Embora tenha havido ênfase nos aspectos negativos, os participantes da pesquisa reconheceram mudanças benéficas em suas vidas e fortalecimento de vínculos familiares a partir do adoecimento.

A família também se depara com o desconhecimento da gravidade da doença, e, com o decorrer do tratamento vai compreendendo a situação e, baseada em suas experiências, elabora novos significados para a situação, conforme relato:

“Vamos precisar de uma pessoa para ajudar. Está muito fragilizada.” (Familiar 7)

Medo da recidiva

Os significados que a família e a própria mulher atribuem ao câncer de mama têm um impacto significativo na trajetória da doença. A experiência da doença inclui sentimentos relacionados à alteração do estado corporal, à própria doença que é grave e crônica, atrelada a estigmas, tais como morte, sofrimento e acontecimentos que podem fugir ao controle. Esse dado é explicitado na fala do Familiar 9:

“É difícil vê-la assim. Está muito debilitada. Será que esta doença volta?”

Esse processo interpretativo da doença é derivado do contexto de interação social que estas famílias estão vivendo. Durante este processo, os significados são manipulados e interpretados. A pessoa indica para si mesma as coisas em direção às quais está agindo e aponta para si mesma as coisas que têm significado.(6). Ocorre, pois, um processo social internalizado, no qual ela interage consigo mesma. A comunicação incentiva a pessoa a um processo de interpretação, selecionando, reagrupando e transformando o significado à luz da situação vivida e na direção de sua ação.

Salienta-se que os significados são construídos ao longo das experiências vividas, portanto, em um primeiro momento, cujo impacto do diagnóstico e tratamento do câncer desequilibra a estrutura familiar, podendo auxiliar na temeridade que se apresenta com a recidiva da doença, ou seja, na ousadia diante da reincidência da doença, como identificados nas falas:

“Temos fé em Deus. Ela terá a cura.” (Familiar 10)

“Recebi primeiramente bem, mas depois parece que comecei a entender a gravidade, que a doença poderia piorar, evoluir, ter metástase, então teve um tempo que fiquei desesperada mesmo.” (Familiar 11)

No depoimento anterior, o familiar se refere ao termo “curada” com desconfiança do que foi lhe passado pela equipe de saúde no passado, ou seja, a incerteza e o medo se instalam novamente. É importante apontar que esse processo de construção do significado da possibilidade da recorrência não ocorre de forma linear, porque envolve um ir e vir. Da mesma forma, a trajetória da doença varia de uma mulher para outra, pelas particularidades de cada uma em relação à doença, ao tratamento e também pela influência do seu contexto sociocultural e familiar.

O agir humano manipula e modifica os significados por meio do processo de interpretação, quando de sua interação com elementos significativos. Assim, pode-se perceber que o diagnóstico do câncer de mama na família acarreta uma série de fenômenos que serão gerados ao longo de todas as etapas da doença e tratamento(6).

Durante sua trajetória, a família pode deparar-se com o adoecimento de um de seus membros, e a necessidade de sua internação ou tratamento invasivo de alto impacto, como a mastectomia. A doença é um fator desorganizador, que provoca ruptura significativa das interações familiares, tornando-se cenário para a reflexão e formação de significados diante da situação vivida (SUN et al., 2008).

Frente a situações de doenças crônicas e estigmatizantes, como o câncer de mama, a família passa por um processo com vistas à adaptação e reorganização para enfrentamento da experiência de viver e conviver com uma mulher mastectomizada, dessa forma reconstrói sua identidade como grupo e reflete o cuidado prestado a essa mulher (VIVAR et al., 2009).

Segundo Carvalho (2008), o processo de cuidado familiar é dinâmico, apresentado neste estudo por meio de fenômenos que interagem e se complementam. Durante a experiência de cuidar da mulher mastectomizada, as famílias interagem com pessoas, situações, acontecimentos e consigo mesmas, atribuindo significado a esta experiência.

O câncer é visto como sinônimo de morte, a família convivendo com situações de cronicidade e medo da morte de seus familiares é capaz de construir um modo peculiar de perceber e conviver com os problemas decorrentes desta situação, peculiaridade esta que, em alguns casos, permite-lhes administrar seu ‘mundo’ cotidiano, reduzindo, em parte, os prejuízos que a convivência com estas adversidades possam acarretar para os demais membros da família (SALCI; MARCON, 2008).

Ainda segundo Salci e Marcon (2008), para cuidar do membro doente, os familiares abandonam suas casas e suas famílias. As mulheres, portanto, são geradoras do cuidado e para cuidar, organizam-se, realizam arranjos internos, abandonam outras atividades, solicitam ajuda, em geral a outras mulheres, e assim assumem o controle, especialmente nos casos de doença e no cuidado cotidiano. O tornar-se cuidadora de um membro familiar acometido por doença é um processo quase que natural, executam com dedicação, apesar das dificuldades econômicas, pois percebem a função de cuidar como uma missão dignificante, envolta em princípios morais e religiosos.

O medo de recidivas foi apontado pelos familiares como uma sombra que percorre suas vidas. Em estudo com mulheres portadoras de câncer de mama e mastectomizadas, foi constatado que o medo da recorrência da doença está sempre presente, sendo demonstrado mais fortemente pela instabilidade durante os exames de avaliação e controle (MELO; SILVA; FERNANDES, 2005).

Os depoimentos demonstraram que o câncer é visto como uma doença sem cura, associada à morte ou a pouca ou nenhuma chance de cura, embora seja sabido que os avanços tecnológicos podem proporcionar maiores chances de cura e aumento da sobrevida dos pacientes (MELO et al., 2007).

As intercorrências do câncer de mama, além de permitir que a mulher se depare com a possibilidade de enfrentar novamente o processo de tratamento e reabilitação, presentifica a extrema vulnerabilidade a que está exposta (VIEIRA; MARCON, 2008). Esse sentimento de fragilidade da vida acentua ainda mais a proximidade com a finitude, despertando a paciente para questões existenciais, como o sentido da vida e o insondável enigma da morte.

Conclusão

Na análise simultânea dos dados, os fenômenos possibilitaram a compreensão da percepção sobre o diagnóstico do câncer de mama na visão dos familiares de mulheres mastectomizadas.

Ao mergulhar neste contexto, percebeu-se que os familiares sofrem o impacto do diagnóstico e da mastectomia tanto quanto as mulheres, e que também enfrentam o sentimento de perda e medo da morte.

A família cuida baseada, não apenas, no que lhes é transmitido pelas gerações familiares, mas, também, pelas interações com as demais pessoas com quem convivem, envolvendo toda a sua rede de relações. Os significados atribuídos ao câncer que tanto a mulher como a família carregam, norteiam as atitudes e reações humanas, ou seja, a conduta humana diante dos fatos.

O ser humano em seu existir no mundo teme qualquer ameaça, ou indício de sofrimento. À medida que a ameaça se concretiza, o temor se transfigura em pavor, algo familiar, com previsão de angústia futura, ou seja, vislumbra a morte como algo concreto em sua família.

Referências

ARAÚJO, I.M.; FERNANDES, A.F.C. Diagnóstico do câncer de mama para a mulher. Esc. Anna Nery Rev. Enferm., v.12, n.4, p.664-71, 2008.

BARDIN L. Análise de conteúdo. Lisboa: Editora Setenta, 2008.

CARVALHO, C.S.U. A necessária atenção à família do paciente oncológico. Rev. Bras. Cancerol., v.54, n.1, p.87-96, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Bioética, v.4, n.2, p.15-25, 1996.

MELO, E.M.; SILVA, M.R.; ALMEIDA, A.M.; FERNANDES, A.F.C.; REGO, C.M.D. Comportamentos da família diante do diagnóstico de câncer de mama. Rev. Enfermería Global, v.10, p.1-10, 2007.

MELO, E.M.; SILVA, R.M.; FERNANDES, A.F.C. O relacionamento familiar após a mastectomia: um enfoque no modo de interdependência de Roy. Rev. Bras. Cancerol., v.51, n.3, p.219-25, 2005.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3ªed. Porto Alegre: Artes Médica, 2004.

SALCI, M.A.; MARCON, S.S. De cuidadora a cuidada: quando a mulher vivencia o câncer. Texto Contexto Enferm., v.17, n.3, p.544-51, 2008.

SALCI, M.A.; MARCON, S.S. Enfrentamento do câncer em família. Texto Contexto Enferm., v.20, n.1,p. 178-86, 2011.

SALCI, M.A.; MARCON, S.S. Itinerário percorrido pelas mulheres na descoberta do câncer. Esc. Anna Nery Rev. Enferm., v.13, n.3, p.558-66, 2009.

SILVA, G.; SANTOS, M.A. Será que não vai acabar nunca? Perscrutando o universo do pós-tratamento do câncer de mama. Texto Contexto Enferm., v.17, n.3, p.561-78, 2008.

SOUZA, M.G.; ESPÍRITO SANTO, F.H. O olhar que olha o outro... um estudo com familiares de pessoas em quimioterapia antineoplásica. Rev. Bras. Cancerol., v.54, n.1, p.31-41, 2008.

SUN, F.K.; LONG, A.; HUANG, X.Y.; HUANG, H.M. Family care of Taiwanese patients who had attempted suicide: a grounded theory study. J. Adv. Nurs., v.62, n.1, p.53-61,2008.

TAVARES, J.S.C.; TRAD, L.A.B. Famílias de mulheres com câncer de mama: desafios associados com o cuidado e os fatores de enfrentamento. Interface – Comunic., Saude, Educ., v.13, n.29, p.395-408, 2009.

VIEIRA, M.C.U.; MARCON, S.S. Significados do processo de adoecer: o que pensam cuidadoras principais de idosos portadores de câncer. Rev. Esc. Enferm. USP, v.42, n.4, p.752-60, 2008.

VIVAR, C.G.; CANGA, N.; CANGA, A.D.; ARANTZAMENDI, M. The psychosocial impact of recurrence on cancer survivors and family members: a narrative review. J. Adv. Nurs., v.65, n.4, p.724-36, 2009.

Agradecimentos

Agradecemos às mulheres mastectomizadas e seus familiares por participarem da pesquisa.

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA UMA CRIANÇA COM OSTEOGÊNESE IMPERFEITA.

Maria da Conceição dos Santos Oliveira Cunha (apresentadora) – Universidade Federal do Ceará (UFC) – cecinhya@gmail.com
Ana Gesselena da Silva Farias – Universidade Federal do Ceará (UFC)
Joquebede Moraes da Silva – Universidade Federal do Ceará (UFC)
Aline Cruz dos Santos – Universidade Federal do Ceará (UFC)
Glória Maria Almeida Oliveira – Universidade Federal do Ceará (UFC)
Nirla Gomes Guedes (Orientadora) – Universidade Federal do Ceará – nirlgomes@hotmail.com

Palavras-chave: Osteogênese imperfeita. Plano de cuidados. Enfermagem.

Resumo

Trata-se de um estudo de descritivo do tipo estudo de caso. Foi realizado numa maternidade de referência no estado do Ceará com o objetivo de definir o plano de cuidados direcionado a uma criança com osteogênese imperfeita. A criança foi acompanhada durante o período de 22 de abril à 05 de maio de 2014, sendo realizadas três avaliações com intervalo de uma semana. A coleta aconteceu nos dias de estágio da disciplina Enfermagem no Processo de Cuidar da Criança II da Universidade Federal do Ceará. Utilizou-se um formulário para registro dos dados obtidos por meio do exame físico, entrevista com a mãe da recém-nascida e consulta ao prontuário. Diante das informações foi elaborado um plano de cuidado envolvendo os diagnósticos prioritários, resultados e intervenções de enfermagem. Acredita-se que a elaboração do plano de cuidados facilita a sistematização e é imprescindível para um atendimento individualizado e holístico.

Introdução

A osteogênese imperfeita (OI) é um distúrbio hereditário do tecido conjuntivo, caracterizado por fragilidade óssea e com manifestações clínicas variadas. O osso formado por matriz colágena, sobre a qual cálcio e fósforo são depositados na forma de hidroxiapatita, apresenta-se frágil, devido a um defeito qualitativo e quantitativo do colágeno tipo I, sintetizado por osteoblastos, sendo os sinais cardinais da OI a fragilidade óssea, as escleróticas azuis e a surdez (MALDONADO et al., 2010; FONTENELE et al., 2010).

Essa doença é considerada rara, pois afeta um número limitado de indivíduos na população, sua frequência varia entre 6-7:100.000 indivíduos e no Brasil estima-se que existam 12.000 indivíduos com o diagnóstico (LIMA; HOROVIT, 2014).

De acordo com Maldonado (2010, p. 226) existem múltiplas formas de tratamentos, testadas sem sucesso, incluindo vários medicamentos, diferentes dietas e suplementações vitamínicas. No entanto, nenhum deles tem mostrado eficácia. Dentre os tratamentos propostos para melhorar os sinais/sintomas clínicos da OI, estão: Calcitonina; Bisfosfonados; Terapia molecular; Tratamento ortopédico. Além dos tratamentos descritos condutas de reabilitação também são fundamentais para convívio com a doença. As metas da reabilitação dirigem-se à prevenção (1) de contraturas posicionais e deformidades; (2) de fraqueza muscular e da osteoporose e (3) do mau alinhamento das articulações das extremidades inferiores, que impede a sustentação da carga. As órteses e as fixações de baixo peso ajudam a dar apoio aos membros, prevenir fraturas e osteoporose por desuso e fortalece os músculos que, por sua vez, melhoram a densidade óssea. A cirurgia é algumas vezes utilizada para ajudar a tratar as manifestações da doença, tais como as deformidades que interferem com as órteses, com o ato de ficar de pé ou andar. Para a criança com fraturas recorrentes, a introdução de uma haste intramedular ajuda na estabilidade dos ossos (HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

Os lactentes e crianças com este transtorno requerem um manuseio cuidadoso, para a prevenção de fraturas. Eles devem receber apoio quando estão sendo girados, posicionados, movimentados ou segurados no colo. Até mesmo a troca de uma fralda pode causar uma fratura em lactantes gravemente afetados. Essas crianças nunca deveriam ser seguradas pelos tornozelos, quando estão sendo colocadas fraldas, mas deveriam ser levantadas suavemente pelas nádegas ou apoiadas com travesseiros. Tanto os pais quanto a criança afetada precisam de orientação em relação às limitações da criança, às diretrizes para um planejamento ideal, e proteção da criança aos perigos. Um planejamento ocupacional realista e aconselhamento genético são parte das metas a longo prazo para os cuidados da criança (WONG; HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

As crianças com osteogênese imperfeita necessitam de cuidados específicos e interdisciplinar. Os enfermeiros em sua prática profissional precisam fundamentar-se em princípios científicos e, dessa maneira, o processo de enfermagem é essencial para nortear a prática de enfermagem.

Diante do exposto, o presente trabalho objetivou definir um plano de cuidados direcionado a uma criança com osteogênese imperfeita, evidenciando os principais diagnósticos de enfermagem, os resultados esperados e as intervenções de enfermagem. Acredita-se que um plano de cuidado sistematizado e direcionado favorece uma assistência individualizada e holística, principalmente diante de crianças com doenças raras como é o caso da osteogênese imperfeita.

Metodologia

Estudo descritivo, que utilizou o método de estudo de caso. O cenário do estudo foi uma maternidade de referência no estado do Ceará que tem como missão promover o ensino, a pesquisa e a assistência terciária à saúde, atuando de forma integrada e oferecendo suporte aos demais níveis de atenção do modelo de saúde vigente.

A participante do estudo foi uma recém-nascida (RN), portadora da doença Osteogênese imperfeita, internada na Unidade de Terapia Intensiva e acompanhada durante o período de 22 de abril à 05 de maio de 2014, sendo realizadas três avaliações com intervalo de uma semana.

A coleta aconteceu nos dias de estágio da disciplina Enfermagem no Processo de Cuidar da Criança II da Universidade Federal do Ceará. Utilizou-se um formulário para registro dos dados obtidos por meio do exame físico, entrevista com a mãe da recém-nascida e consulta ao prontuário. Diante das informações foi elaborado um plano de cuidado envolvendo os diagnósticos prioritários, resultados e intervenções de enfermagem.

O estudo está de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos no país. A referida resolução se apresenta interfaciada com os princípios fundamentais da bioética (autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade).

Resultados e Discussão

A mãe da Recém-nascida (RN) tinha 41 anos, realizou 06 consultas de pré-natal, G1P1A0. Sem histórico de doenças genéticas ou infecciosas. Segundo a mesma, não fazia uso de nenhuma droga. Fez uso de Nifedipina para trabalho de parto prematuro e Cefalexina por causa de infecção do trato urinário.

RN, sexo feminino, nasceu no dia 15 de abril de 2014 às 22:40h, a termo, com 39 semanas, de parto cesárea com apresentação pélvica. Peso ao nascer= 2.650g, estatura= 40cm, PC: 34 cm; PT: 32 cm, apgar= 06 no 1º minuto e 09 no 5º minuto, com diagnóstico médico de osteogênese imperfeita. RN mantido em incubadora aquecida para manter a temperatura corporal, com acesso umbilical. Paciente com fraturas múltiplas e tala gessada em membro inferior direito. Realizou fototerapia, utilizou OXI-HOOD e recebeu concentrado de hemácias algumas vezes, pois apresentou anemia. Inicialmente alimentava-se apenas pela sonda orogástrica, mas na última avaliação já se alimentava também pela via oral. Estava em uso de analgésico e antibióticos.

Quanto ao exame físico: Alerta, responsiva aos estímulos, irritada, corada, pele lisa, sem movimentos espontâneos. Cabeça: Sem deformidades ou lesões, com distribuição regular dos cabelos. Olhos: simétricos e alinhados com orelha, com face e com linha média do nariz; presença de secreção. Orelhas: simétricas, com pavilhão auricular curvado; sem presença de secreção ou lesão; sem alterações anatômicas. Nariz: sem alteração anatômica; com permeabilidade das coanas; Boca e orofaringe: simétrica e localizada na linha média; lábios rosados e úmidos; sem presença de lesão na mucosa e sem dentes supranumerários; sem fenda labial; Pescoço: simétrico, com mobilidade prejudicada; Gânglios Linfáticos: Sem hipertrofia ganglionar; Tórax: simétrico; sem proeminência esternal e sem afundamento esternal; expansão torácica simétrica; Avaliação Pulmonar: FR: 53 respiração por minuto; presença de esforço respiratório, não gemente, ritmo respiratório regular, profundo. Avaliação cardíaca: FC: 132 bpm; com Sat.O₂: 97%; Sem cianose; Abdômen: simétrico; sem presença de lesões; Avaliação da coluna vertebral: sem anormalidades; Avaliação dos membros superiores e inferiores: Mãos e pés com dez dedos; sem presença de polidactilia e sindactilia; sem presença de unhas manchadas de mecônio; Edema em membros superiores; Presença de luxação na articulação do quadril direito e joelho direito; Crepitações nos seguintes membros: membro superior esquerdo, membro inferior esquerdo e membro inferior direito, que sugere múltiplas fraturas; RN chorava muito ao ser manuseado; Preensão palmar e preensão plantar de intensidade baixa; Moro não testado pelo risco de fratura; Manobra de Ortolani não realizado. Avaliação do aparelho genital externo e ânus: genitália feminina com edema de vulva; ânus perfurado. Eliminações vesicais e intestinais presentes.

Os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem priorizados foram os seguintes:

1. Diagnóstico: Risco de trauma (fratura) relacionado à história de trauma prévio.

Resultados: A equipe terá o compromisso com estratégias no controle de riscos.

Intervenção: Posicionamento.

- Evitar colocar a criança em posição que aumente a dor
- Monitorar a circulação na parte do corpo afetada.
- Monitorar a integridade da pele sob o dispositivo de apoio.
- Identificar mudanças na condição física da criança.
- Discutir opções de tratamento/terapia.
- Discutir mudanças nos cuidados que podem ser necessárias para prevenir complicações futuras e/ou controlar o processo da doença.

2. Diagnóstico: Mobilidade física prejudicada relacionada à perda da integridade de estruturas ósseas evidenciada por amplitude limitada de movimento.

Resultados: A equipe terá o compromisso com estratégias no controle de riscos.

Intervenções: Mobilização.

- Posicionar a criança considerando o alinhamento correto do corpo.
- Elevar a parte do corpo afetada, quando adequado.
- Imobilizar ou apoiar a parte do corpo afetada, conforme apropriada.
- Imobilizar uma perna lesionada na posição estendida, conforme apropriado.
- Imobilizar um braço lesionado em posição flexionada ou estendida, conforme apropriado.
- Monitorar o estado da oxigenação antes e depois da troca de posição.
- Colocar o paciente na posição terapêutica designada.

3. Diagnóstico: Risco de vínculo prejudicado relacionado à separação.

Resultados: A família receberá apoio emocional.

Intervenção: Apoio emocional

- Encorajar os pais a visitar o bebê.
- Auxiliar os pais a terem expectativas realistas, adequadas ao nível de desenvolvimental e às habilidades da criança.
- Ensinar e modelar habilidades de enfrentamento.

4. Diagnóstico: Risco de Integridade da pele prejudicada relacionada à imobilização física e evidenciada por destruição da camada da pele.

Resultados: A equipe terá o compromisso na integridade tissular da pele e mucosas do RN.

Intervenções: Cuidados com o repouso no leito e Supervisão da pele.

- Monitorar áreas de vermelhidão e ruptura na pele.
- Monitorar a cor e a temperatura da pele.
- Explicar as razões da exigência do repouso no leito.
- Observar as extremidades quanto à cor, calor, inchaço, pulsos, textura, edema e ulcerações;

- Monitorar a pele quanto ao ressecamento e umidade excessivos.
- Monitorar aparecimento de fontes de pressão e atrito.
- Documentar mudanças na pele e mucosas.
- Instituir medidas de prevenção de mais deterioração (p. ex., colchão sobreposto)
- Orientar os familiares/cuidador sobre sinais de degradação da pele, conforme apropriado.
- Aplicar uma tala quando adequado.
- Movimentar a extremidade lesada o mínimo possível.
- Instituir medidas para prevenir futuras lesões, conforme necessário.
- Ensinar à família a observar e cuidar da tala.
- Monitorar o estado nutricional.

5. Diagnóstico: Risco de infecção relacionado a trauma, destruição de tecidos, procedimentos invasivos e defesas primárias inadequadas.

Resultados: O RN receberá terapia apropriada para reduzir os processos infecciosos.

Intervenções: Controle de infecção; Proteção contra infecção.

- Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e locais de infecção.
- Monitorar vulnerabilidade a infecção.
- Manter assepsia para paciente de risco.
- Examinar todas as visitas quanto à presença de doenças transmissíveis.
- Lavar as mãos antes e após cada atividade de cuidado ao paciente.
- Trocar os acessos endovenosos centrais e periféricos, bem como curativos, conforme as orientações atuais do CDC.
- Examinar as condições de todas as incisões/ feridas cirúrgicas.
- Instituir preocupações de isolamento, conforme apropriado.
- Obter culturas, se necessário.
- Promover ingestão nutricional adequada.

6. Diagnóstico: Dor aguda relacionada a agentes lesivos, evidenciado por comportamento expressivo (choro, agitação, gemido, irritabilidade).

Resultado: O RN receberá terapia apropriada para reduzir e controlar a dor.

Intervenções: Controle da dor.

- Determinar o local, as características, a qualidade e a intensidade da dor antes de medicar a criança.
- Verificar a prescrição médica para a droga, a dose e a frequência de administração do analgésico prescrito.
- Satisfazer as necessidades de conforto e proporcionar outras atividades que auxiliem no relaxamento, a fim de facilitar a resposta à analgesia.
- Observar indicadores não-verbais de desconforto.
- Assegurar que o paciente receba cuidados precisos de analgesia.
- Escolher e implementar uma variedade de medidas (p. ex., farmacológicos, não farmacológicos interpessoais) para facilitar o alívio da dor, conforme apropriado.
- Oferecer ao indivíduo um excelente alívio da dor mediante a analgesia prescrita.
- Utilizar uma abordagem multidisciplinar no controle da dor, quando apropriado.
- Verificar o nível de desconforto do paciente, registrar as mudanças no prontuário e informar os demais profissionais de saúde que trabalhem com a criança.

Conclusão

O estudo de caso realizado com a criança portadora de Osteogênese Imperfeita permitiu-nos saber mais sobre a doença e identificar os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem relacionados à situação clínica da criança. Acredita-se que a elaboração do plano de cuidados facilita a sistematização e é imprescindível para um atendimento individualizado e holístico.

É importante que os enfermeiros tenham conhecimento acerca da doença a fim de prestar um cuidado de qualidade e intervir de forma satisfatória para favorecer o melhor estado de saúde possível para crianças com OI.

Referências

HOCKENBERRY, M. J.; WILSON. D. Wong: Fundamentos de enfermagem pediátrica. tradução Maria Inês Corrêa Nascimento... [et al.]. 8 ed. Rio de Janeiro: Elsevier. p. 1320. 2011.

FONTENELE, R. M.; BRUM, M. V., PETER, M.; LOUREDO, G. S.; Assistência de enfermagem ao paciente portador de osteogênese imperfeita. R. pesq. cuid. fundam. online. out/dez, 2(Ed. Supl.), p. 452-457, 2010. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1059/pdf_188>. Acesso em: 26 de abr. 2014.

MALDONADO, V.B. et al. Características clínicas da osteogênese imperfeita do tipo I e da dentinogênese imperfeita. Pediatría. São Paulo, v. 32, n. 3, p. 223-30, 2010. Disponível em: <<http://www.pediatrasiapaulo.usp.br/upload/pdf/1356.pdf>>. Acesso em : 26 de abr. 2014.

North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011/NANDA International; tradução Regina Machado Garcez – Porto Alegre: Artmed, 2010. 456 p.

DOCHTERMAN, J. M.; BULECHECK, G. M. Classificação das intervenções de Enfermagem (NIC). Tradução Regina Machado Garcez – 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 988 p.

MCORHEAD, Sue; JOHNSON, Morion; MAAS, Meridean L.; SWANSON, Elizabeth. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). Tradução: Regina Machado Garcez, et al. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

LIMA, Maria Angelica de Faria Domingues de; HOROVIT, Dafne Dain Gandelman. Contradições das políticas públicas voltadas para doenças raras: o exemplo do Programa de Tratamento da Osteogênese Imperfeita no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.19, n. 2, p. 475-480, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00475.pdf>>. Acesso em: 01 de ago. 2014.

Agradecimentos

Agradecemos à família da criança que autorizou e viabilizou nosso estudo de caso

PRÁTICAS LÚDICAS NA UNIDADE PEDIÁTRICA: UMA VISÃO HOLÍSTICA INCORPORADA AO CUIDAR DE ENFERMAGEM

Grazielle Mara Da Mata Freire (apresentadora) – Universidade de Fortaleza; graziellemaraenf@gmail.com

Duan Da Silva Machado – Universidade de Fortaleza

Autor 3 – Instituição

Autor 4 – Instituição

Autor 5 – Instituição

Camila Couto (Orientadora) – Universidade de Fortaleza

Palavras-chave: Ludoterapia. Enfermagem Pediátrica. Humanização da Assistência.

Resumo

O lúdico é um instrumento fundamental que deve ser incorporadas nas práticas do cuidado diário nas unidades pediátricas, buscando minimizar esse evento traumático. Assim objetivou-se analisar a produção científica acerca da incorporação de práticas lúdicas na prestação de uma assistência de enfermagem mais humanizada, holística e integralista. Optou-se por uma revisão de literatura, com levantamento de dados realizado no banco de dados do LILACS e BDENF. Selecionaram-se artigos de 2003 a 2014, em idioma em português, abordando a utilização de práticas lúdicas inserida no contexto da unidade pediátrica no processo de cuidar da enfermagem. O levantamento bibliográfico foi realizado em julho de 2014. Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento para a validação da análise dos dados. Foram encontrados 8 artigos que obedeciam os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. A apresentação da análise dos resultados e discussões foram realizadas na forma descritiva. A partir da análise dos estudos, entendeu-se que as atividades lúdicas são uma ferramenta efetiva que favorece o vínculo de confiança enfermeiro-criança, o que resulta em uma melhor qualidade da assistência, através de um cuidar mais holístico e consequentemente mais humanizado. Conclui-se assim que o cuidar lúdico além de favorecer o relacionamento afetivo, contribui para minimizar as ansiedades e medos do processo de internamento, buscando adaptar a criança a este momento de maneira menos traumatizante, proporcionando uma tranquilidade e consequentemente uma rápida recuperação.

Introdução

A admissão na unidade pediátrica é caracterizada por ser um evento traumatizante para o cliente infantil, que se somatiza a mudanças em sua rotina e nos seus hábitos diários gerando transtornos, que os causa vulnerabilidade física e emocional. Nesse contexto, a experiência traumática é potencializada quando se refere ao internamento infantil que resulta em implicações, grau de dificuldade e de comprometimento mais extensos, interferindo assim, no processo de cuidar. (NICOLA et al, 2014; AZEVEDO et al, 2007)

Partindo dessa situação, surge o desafio dos profissionais de saúde de tornar a unidade pediátrica em um ambiente mais agradável e mais lúdico, desmistificando o ambiente hospitalar caracterizado como sendo hostil.

Significando assim, que esse processo de internamento interfere na construção de um mundo lúdico e mágico para a criança. (BRITO et al, 2009; SIMÕES et al, 2010) Necessitando assim, da incorporação de práticas lúdicas na assistência de enfermagem que por sua vez, ameniza os sentimentos negativos bem como a dor, medo, angústia e sofrimento que são acarretados pela hospitalização.

Com isso, o cuidar lúdico pode ser expressar por meio de brincadeiras, diálogo, música, leitura, imaginação e entre outros. Sendo crucial, na adaptação da criança ao ambiente hospitalar, ocasionando na minimização dos sentimentos negativos e do evento traumatizante. (CERIBELLI et al, 2009; BRITO et al, 2009)

Diante disso, as práticas lúdicas são atividades que favorecem a mudança no cotidiano da internação, que tem por finalidade facilitar a criança a uma melhor aceitação e adesão ao tratamento. Sendo uma ferramenta básica que tem como objetivo primordial a melhoria da qualidade da assistência (SIMÕES et al, 2010). Nesse contexto, as atividades lúdicas integradas à unidade pediátrica se tornam um espaço terapêutico, sendo um recurso que facilita no cuidar da enfermeira, por meio de ações sistemáticas e adaptadas à rotina da unidade, constituindo uma necessidade básica da criança (NICOLA et al, 2014; AZEVEDO et al, 2007).

Sendo assim, o brincar deve ser considerado pelo enfermeiro, como um meio de comunicação entre profissional e criança. Trazendo uma visão holística no cuidar deste cliente, possibilitando o estabelecimento do vínculo de confiança e do desenvolvimento da assistência de enfermagem de qualidade (AZEVEDO et al, 2007; SOUZA et al, 2012; CINTRA et al, 2006).

Portanto, espera-se que esta revisão integrativa possa contribuir para compreender a relevância da incorporação de práticas lúdicas no cuidar de enfermagem no cenário da unidade pediátrica, favorecendo em práticas mais humanísticas através de uma percepção holística da criança hospitalizada.

Diante do exposto, objetivou-se analisar a produção científica acerca da incorporação de práticas lúdicas na prestação de uma assistência de enfermagem mais humanizada, holística e integralista.

Metodologia

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

O estudo foi desenvolvido em cinco etapas: formulação da pergunta norteadora, coleta de dados e a avaliação dos dados coletados, análise e interpretação dos dados, e apresentação dos resultados.

A questão norteadora desta revisão integrativa foi: *As práticas lúdicas são incorporadas na assistência de enfermagem no cuidar das crianças hospitalizadas?*. Para realizar a seleção dos estudos, utilizaram-se os sistemas de base de dados: BDENF (Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde).

A busca dos artigos nas bases selecionadas foi destrinchada em três momentos, utilizadas de forma cruzada com descritores no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) que foram: Ludoterapia AND Enfermagem Pediátrica; Humanização AND Enfermagem Pediátrica; Ludoterapia AND Humanização da Assistência. A fim de estabelecer a amostra dos estudos selecionados para a presente revisão integrativa foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: artigos disponíveis na íntegra, no idioma português, com publicação no período de 2003 a 2014, que tenha pelo menos um enfermeiro atuante na assistência com abordagem da temática relativa à utilização de práticas lúdicas na unidade pediátrica. Foram excluídos os estudos que estivessem duplicados, as teses e dissertações e os que não abordassem a temática.

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

Para a coleta de dados dos artigos que foram incluídos na revisão, utilizou-se um instrumento que contempla os seguintes itens: identificação do artigo original, características metodológicas do estudo, avaliação do rigor metodológico e dos resultados encontrados (URSI, 2005).

Resultados e Discussão

A partir da busca digital, foram localizados 171 artigos no total que após os critérios de refinamentos foram obtidos 49 artigos no total, assim distribuídos nas seguintes bases de dados: LILACS- 30 e BDNF- 20. Desta forma, foram analisados 20 estudos e selecionados 8 que obedeciam aos principais critérios de inclusão, sendo eles, abordar as práticas lúdicas na unidade pediátrica como estratégia de humanização da assistência de enfermagem. Sendo assim, destes artigos selecionados 7 são do LILACS e apenas 1 da BDNF.

Os estudos revelam uma predominância sobre o cenário de estratégias do cuidar lúdico realizados pelos os enfermeiros dentro das unidades pediátricas. Partindo-se da análise do ano de publicação dos artigos encontra-se com maior índice no ano de 2009 com 2 artigos (25%). Referente ao tipo de natureza da pesquisa encontrou-se nas produções científicas os estudos exploratório-descritivos com 3 artigos (37,5%), os estudos descritivos representando 2 artigos (25%) e as outras produções com apenas 1 (12,5%) sendo um estudo exploratório, 1 (12,5%) é estudo fenomenológico e 1 (12,5%) é um estudo interacionismo interpretativo. Quanto à abordagem metodológica dos artigos, verificaram-se a predominância de estudos qualitativos constatados em 6 artigos (75%).

Após a leitura, análise e síntese dos conteúdos dos artigos, foram identificados que o cuidar de uma criança hospitalizada requer estratégias por parte dos enfermeiros, que necessitam de recursos lúdicos para viabilizar na colaboração e aceitação dos procedimentos invasivos, bem como a conquista da confiança da criança perante a equipe (SOUZA et al, 2012).

Constituindo assim, como um meio de comunicação entre profissional, criança e família por proporcionar um ambiente mais acolhedor e mais produtivo, facilitando a interação dos envolvidos tornando a unidade mais descontraída e mais prazerosa, desviando a atenção do paciente/familiar perante o ambiente estranho e desconfortável (SOUZA et al, 2012; NICOLA et al, 2014).

Para os autores Maia, Ribeiro e Borba (2011) essa ferramenta traz benefícios como um todo, podendo ser percebidas através da percepção do bem-estar e tranquilidade da criança durante e após a realização das atividades.

Sendo assim, Brito et al (2009) afirma que é imprescindível a adesão das práticas lúdicas pelos profissionais da saúde, constituindo uma ferramenta fundamental para se alcançar os objetivos de uma assistência mais integral para facilitar a criança na aceitação do tratamento, como também fortalecendo o vínculo por ser um possibilitador da comunicação profissional/cliente, servindo ainda como certificação do cumprimento dos direitos da criança, bem como a melhora no quadro clínico do hospitalizado.

Aponta-se, nesse sentido, que para proporcionar o lúdico requer a utilização de estratégias que viabilizem na incorporação na assistência, sendo elas, a criação de espaços nos quais possa haver uma interação entre as crianças, o profissional deve buscar chamar pelo o nome para da início uma relação afetiva, dialogar e pedir para que execute gestos a fim de distraí-las durante os procedimentos, permiti que tragam brinquedos/objetos de sua residência para os aproximar do seu ambiente familiar e por fim a utilização de jalecos coloridos, que diminuem os anseios e medos relacionados a síndrome do jaleco branco.

Em contra partida, mesmo demonstrado os benefícios da utilização destes recursos, os estudos evidenciaram dificuldades para realizar o cuidado lúdico dentro das instituições. Dificuldades essas que são referidas pelos profissionais que se justificam por falta de estrutura adequada para a realização das atividades, apoio das instituições, falta de equipe capacitada, bem como também a falta de tempo, o obstáculo de conquistar a criança e lidar com os familiares (BRITO et al, 2009; SOUZA et al, 2012; NICOLA et al, 2014).

Dessa forma, espera-se que esta revisão possa contribuir para sensibilizar os profissionais e as instituições de saúde a respeito dos benefícios que esta atividade proporciona no desenvolvimento emocional, físico e no imaginário durante o período da infância. Que por meio de estratégias facilitam em uma melhor qualidade da assistência prestada, favorecendo um abordagem mais lúdica, integral e mais humanizada.

Conclusão

O lúdico é um instrumento de estratégia positiva capaz de auxiliar no processo de desenvolvimento da criança e do seu bem-estar físico e emocional. Sendo composto por atividades relacionadas ao brincar, ao brinquedo e a imaginação, proporcionando uma alteração no ambiente hospitalar com o objetivo de mudar o cotidiano dessas crianças internadas, bem como promover um desviando o foco que envolve o processo de cura.

Assim enfatiza-se o papel do enfermeiro na estimulação e na execução dessas atividades lúdicas, no qual auxiliam na prestação de uma assistência mais qualificada, integral e mais humanizada. Sendo um facilitador da interação enfermeiro e criança, visando em minimizar o evento traumatizante durante o processo de internação.

Referências

NICOLA, G. D. O. et al. Cuidado lúdico á criança hospitalizada: perspectiva do familiar cuidador e equipe de enfermagem. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, América do Norte, Mar. 2014. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3079>>. Acesso em: 14 de Julho de 2014.

CINTRA, S. M. P.; SILVA, C. V.; RIBEIRO, C. A. O ensino do brinquedo/brinquedo terapêutico nos cursos de graduação em enfermagem no Estado de São Paulo. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 59, n. 4, Aug. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000400005>. Acesso em: 14 de Julho de 2014

MAIA, E. B. S.; RIBEIRO, C. A.; BORBA, R. I. H. Compreendendo a sensibilização fazer Enfermeiro para o uso do Brinquedo Terapêutico na Prática assistencial à Criança. **Rev. Esc. enferm. USP**, São Paulo, v 45, n. 4, agosto de 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000400007>. Acesso em: 14 de Julho de 2014.

AZEVEDO, D. M. et al. O brincar como instrumento terapêutico na visão da equipe de saúde. *Cienc. Cuid. Saude*, v.6, n.3, Jul/Set de 2007. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4018/2715>>. Acesso em: 14 de Julho de 2014.

SOUZA, L. P. S. et al. O brinquedo terapêutico e o lúdico na visão da equipe de enfermagem. *J. Health Sci Inst*, v. 30, n. 4, 2012. Disponível em: <http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/04_out-dez/V30_n4_2012_p354a358.pdf>. Acesso em: 14 de Julho de 2014.

CERIBELLI, C. et al. A mediação de leitura como recurso de comunicação com crianças hospitalizadas: suporte para a humanização da assistência de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.17, n. 1, Fev. de 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000100013>. Acesso em: 14 de Julho de 2014.

BRITO, T. R. P. et al. As práticas lúdicas no cotidiano do cuidar em enfermagem pediátrica. **Esc. Anna Nery Rev. Enfermagem**, v. 13, n. 4, Out/Dez de 2009. Disponível em: <http://www.eean.ufrj.br/REVISTA_ENF/20094/artigo%2014.pdf>. Acesso em: 14 de Julho de 2014.

SIMÕES, A. L. A. et al. Satisfação de clientes hospitalizados em relação às atividades lúdicas desenvolvidas por estudantes universitários. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v. 12, n. 1, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a13.htm>>. Acesso em: 14 de Julho de 2014.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da Literatura**. [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a17>>. Acesso em: 16 Jul. 2014.

COSCRATO, G.; PINA, J. C.; MELLO, D. F. Utilização de atividades lúdicas na educação em saúde: uma revisão integrativa da literatura. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 23, n. 2, abr. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/17.pdf>>. Acesso em: 16 Jul. 2014.

Agradecimentos

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

Principais Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem ao Neonato com Hipertensão Pulmonar Persistente

Natália de Lima Vesco – Faculdade de Ensino e Cultura, FAECE. natyliv@hotmail.com

Cristiana da Silva Nogueira – Faculdade de Ensino e Cultura, FAECE.

Ramirene Ferreira Lima – Faculdade de Ensino e Cultura, FAECE.

Nilsirene Paulo dos Santos Costa – Faculdade de Ensino e Cultura, FAECE.

Carla Daniele Mota Rêgo Viana – Faculdade de Ensino e Cultura, FAECE.

Karla Thâmysa Cruz – Faculdade de Ensino e Cultura, FAECE.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem. Diagnóstico de Enfermagem. Hipertensão Pulmonar. Neonato. Síndrome da Persistência do Padrão de Circulação Fetal.

Resumo

INTRODUÇÃO: A hipertensão pulmonar persistente no neonato é uma síndrome clínica complexa, que resulta do atraso ou incapacidade de adaptação do neonato na transição do padrão de circulação pulmonar fetal para a circulação extra-uterina. O objetivo do presente trabalho é identificar os principais diagnósticos e intervenções de enfermagem no neonato com hipertensão pulmonar persistente. **METODOLOGIA:** Revisão bibliográfica com busca nas bases de dados Lilacs, Medline e Scielo, além de livros e teses associadas ao tema no período entre março e abril de 2014. Ao final foram selecionados 5 artigos para complementar nosso estudo. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** As principais necessidades básicas afetadas do neonato mediante o quadro da hipertensão pulmonar persistente são: oxigenação, nutrição, temperatura corporal, conforto e integridade da pele. Dessa forma, os diagnósticos de enfermagem prioritários são: padrão respiratório ineficaz, termorregulação ineficaz, padrão ineficaz de alimentação do lactente, conforto prejudicado e risco de integridade da pele prejudicada. Após a identificação dos diagnósticos de enfermagem, as principais intervenções de enfermagem foram: reanimar imediatamente o neonato após o parto e iniciar oxigenoterapia, monitorar gasometria arterial com frequência, entre outras. **CONCLUSÃO:** O presente trabalho demonstrou a relevância da identificação dos diagnósticos de enfermagem como base para a implementação das intervenções na assistência, com a finalidade de alcançar resultados positivos na recuperação do neonato através dos cuidados de enfermagem.

Introdução

A hipertensão pulmonar persistente do neonato (HPPN) é uma síndrome clínica complexa, que resulta do atraso ou incapacidade de adaptação do neonato na transição do padrão de circulação pulmonar fetal para a circulação extra-uterina (ABDALLAH, 2012; GASPAROTTO, 2006; EUGENIO, GEORGETTI, 2007; RODRIGUES, 2008). Durante o parto, o padrão circulatório fetal se mantém, mas com a cessação do fluxo sanguíneo placentário e o início da respiração do neonato, a circulação fetal é convertida em circulação pós-natal e os circuitos sistêmico e pulmonar são separados (RODRIGUES, 2008).

A HPPN é caracterizada como um distúrbio cardiopulmonar, devido ao aumento da pressão arterial pulmonar que provoca um desvio de sangue pulmonar, da direita para a esquerda (RICCI, 2008), sendo necessária a ausência de anomalias congênitas no coração do recém nascido para a confirmação do diagnóstico (CABRAL, BELIK, 2013; EUGENIO, GEORGETTI, 2007).

Com a resistência vascular pulmonar elevada, o sangue venoso é desviado para estruturas fetais (canal arterial e forame oval) na circulação sistêmica. Com esse desvio, o sangue não atravessa os pulmões, resultando em hipoxemia arterial (RICCI, 2008) e cianose grave, devido à falha da transição respiratória fetal para a neonatal (ARAUJO, 2008). Além da hipoxemia e cianose, o neonato apresenta taquipnéia, sinais de insuficiência cardíaca ou choque, caracterizado pelo quadro de insuficiência respiratória progressiva, que inicia logo nas primeiras horas de vida (ABDALLAH, 2012). As grandes variações na pressão parcial arterial de oxigênio (PaO₂) e na saturação de O₂, sem mudanças na ventilação, são as características clínicas mais importantes que o neonato apresenta (GASPAROTTO, 2006).

As causas para a incidência de HPPN são diversas, mas também pode ocorrer de modo idiopático (RICCI, 2008). Entre os fatores de risco para a sua incidência, estão incluídas algumas condições maternas como obesidade, diabetes, asma, raça negra ou asiática (CABRAL; BELIK, 2013). Um estudo realizado em São Paulo confirmou a hipótese de que o crescente número de internações por HPPN estaria relacionado às altas taxas de mães que solicitam um parto cesáreo como escolha e mães que realizaram partos cesáreos anteriores. Esse fato pode explicar a elevada incidência de HPPN grave (ARAUJO, 2008). Entre as condições neonatais para a causa de HPPN estão incluídas a síndrome de aspiração meconial, sepse, asfixia, síndrome do desconforto respiratório, hipoplasia pulmonar secundária à hérnia diafragmática congênita, recém-nascidos grandes para a idade gestacional (CABRAL; BELIK, 2013), distúrbios metabólicos como hipoglicemia, hipotermia, hipovolemia, hiperviscosidade e hipoxia aguda associada a reanimação tardia (RICCI, 2008). O apgar < 7 no 1º minuto também foi associado a um risco maior de HPPN (ARAUJO, 2008).

Essa patologia complexa acomete cerca de 0,1% a 0,2% dos nascidos vivos (ABDALLAH, 2012; GASPAROTTO, 2006; ARAUJO, 2008), porém a cesárea pode elevar esta incidência até 1 por 27 (ARAUJO, 2008). Apesar dos avanços clínicos da medicina, essa doença continua contribuindo para altos índices de morbidade, sobretudo pelo dano neurológico entre 15% a 20% dos casos, e mortalidade de 10% a 20% (EUGENIO; GEORGETTI, 2007).

Na avaliação do neonato cianótico, a HPPN deve ser sempre considerada (SILVA, 2009). O diagnóstico é confirmado com base na história, no exame físico e nos exames auxiliares de diagnóstico (avaliação laboratorial- hemograma, glicemia, calcemia, magnesemia – gasometria arterial, radiografia de tórax e ecocardiograma) (RODRIGUES, 2008). Uma variação de PaO₂ entre amostras de gasometrias arteriais recolhidas simultaneamente pré-ductal (membro superior

direito ou cabeça) e pós-ductal (membros inferiores e abdome), igual ou superior a 10mmHg, sugere HPPN, assim como a diferença pré e pós-ductal maior que 10% na saturação de O₂ (SILVA, 2009; RODRIGUES, 2008).

O tratamento para a HPPN é classificado em terapêutica de suporte (que inclui a correção dos fatores que favorecem a hipertensão pulmonar) e de medidas específicas (que inclui o suporte ventilatório, os vasodilatadores pulmonares, o surfactante e a ECMO- oxigenação por membrana extracorporeal) (RODRIGUES, 2008), com o objetivo de melhorar o estado cardiovascular, a oxigenação e o alívio da vasoconstrição pulmonar (SILVA, 2009). Para evitar hipoxia iatrogênica é importante minimizar manipulações com o neonato. Analgesia, sedação e antibioticoterapia, através de fármacos inotrópicos, desempenham um papel importante, assim como a manutenção do equilíbrio hemodinâmico, através do uso de expansores de volume (RODRIGUES, 2008). Deve-se monitorar o estado hemodinâmico do neonato de forma rigorosa através dos sinais vitais, PAM persistente abaixo de 50mmHg, perfusão periférica, diurese (débito urinário abaixo de 1 mL/Kg por hora), ecocardiografia, tempo de enchimento capilar superior a três segundos, acidose metabólica, entre outros (SILVA, 2009).

O suporte ventilatório é a base fundamental do tratamento que compreende a suplementação de oxigênio e a ventilação mecânica, sendo necessário aplicar estratégias de ventilação protetora de modo a minimizar as lesões pulmonares (RODRIGUES, 2008). A ventilação de alta frequência é recomendada apenas em situações de resgate, quando há falha na ventilação convencional, isto é, o índice de oxigênio acima de 20 ou na presença de acidose respiratória persistente (SILVA, 2009).

A atuação da enfermagem diante da HPPN consiste na identificação das necessidades básicas do neonato, de modo que possa ser planejada e prestada uma assistência eficaz. A identificação dos diagnósticos de enfermagem utiliza o raciocínio diagnóstico, do qual são tiradas conclusões quanto ao significado dos dados reunidos para se determinar uma intervenção de enfermagem (DOENGES; MOORHOUSE; MURR, 2012).

O objetivo do presente trabalho é identificar os principais diagnósticos e intervenções de enfermagem no neonato com hipertensão pulmonar persistente.

Metodologia

O presente estudo é uma revisão bibliográfica, onde foram considerados os materiais existentes e pertinentes ao tema em estudo. A fonte destes dados foi constituída e fundamentada com artigos específicos sobre o tema, considerando a realização de busca nas bases de dados bibliográficos Lilacs, Medline e Scielo, além de livros e teses associadas ao tema. Para a busca dos artigos foram utilizados cinco descritores, individualmente e de forma cruzada: “Cuidados de Enfermagem”, “Diagnóstico de Enfermagem”, “Hipertensão Pulmonar”, “Neonato” e “Síndrome da Persistência do Padrão de Circulação Fetal”. Foram excluídas as produções que não abordavam totalmente a temática. A coleta de dados foi realizada no período entre março e abril de 2014. Os critérios de inclusão dos estudos definidos foram artigos publicados em português, na íntegra, disponíveis nas bases de dados selecionadas, no período dos últimos dez anos (2004 a 2014). Ao final foram selecionados 5 artigos para complementar nosso estudo. Os artigos que compuseram o estudo se sujeitaram a uma leitura fina e detalhada, sendo analisados com base na literatura pertinente ao tema.

Resultados e Discussão

Os resultados encontrados nesta revisão bibliográfica mostram lacunas no que diz respeito à quantidade de trabalhos publicados relacionados ao tema.

As necessidades básicas afetadas do neonato mediante o quadro da hipertensão pulmonar persistente são diversas, porém, as principais são: oxigenação, nutrição, temperatura corporal, conforto e integridade da pele. Dessa forma, os diagnósticos de enfermagem prioritários, de acordo com Nanda (2013), são: *1) Padrão respiratório ineficaz*. Fatores relacionados: Imaturidade neurológica e síndrome da hipoventilação. Características definidoras: Taquipnéia e uso da musculatura acessória para respirar. *2) Termorregulação ineficaz*. Fatores relacionados: Doença e extremos de idade. Características definidoras: Convulsões, preenchimento capilar lento, pele fria ao toque, rubor, hipertensão e palidez moderada. *3) Padrão ineficaz de alimentação do lactente*. Fatores relacionados: Anomalia anatômica, estado de jejum oral prolongado e retardo neurológico. Características definidoras: Incapacidade de coordenar a sucção, a deglutição e a respiração. *4) Conforto prejudicado*. Fatores relacionados: Estímulos ambientais nocivos e sintomas relacionados à doença (hipoventilação e hipóxia). Características definidoras: Choro, inquietação e padrão de sono perturbado. *5) Risco de integridade da pele prejudicada*. Fator de risco externo: Extremos de idade. Fatores de risco internos: Circulação prejudicada, estado nutricional desequilibrado e mudanças no turgor da pele.

Após a identificação dos diagnósticos de enfermagem, segue abaixo as principais intervenções de enfermagem (RICCI, 2008; SILVA, 2009):

Reanimar imediatamente o neonato após o parto e iniciar oxigenoterapia; Monitorar gasometria arterial com frequência para avaliar a efetividade da oxigenoterapia; Realizar assistência respiratória com ventilação mecânica, se necessário; Umidificar e aquecer os gases inalados, através do controle rigoroso do volume de água e temperatura na caçapa do ventilador; Realizar medidas para limpeza de vias aéreas (aspiração da cânula endotraqueal e vias aéreas superiores); Realizar higiene oral freqüente, já que a cavidade oral constitui uma fonte primária de contaminação dos pulmões no paciente entubado e comprometido; Determinar o método apropriado para a alimentação do lactente, como por exemplo, alimentação por tubo enteral, sempre monitorando sua ingestão (DOENGES; MOORHOUSE; MURR, 2012); Realizar ausculta pulmonar a cada 2 a 4 horas, para identificar possível deslocamento do tubo e presença de secreções; Avaliar o neonato continuamente para sinais e sintomas de hipóxia e resposta ao tratamento; Monitorar saturação de O₂ e outros sinais vitais, como temperatura, frequência respiratória e cardíaca contínua e, se possível, pressão arterial invasiva são fundamentais; Iniciar as intervenções imediatas para recuperar ou manter a temperatura corporal dentro da faixa normal, por exemplo, em caso de hipotermia, colocar o lactente sob o aquecedor em uma incubadora e monitorar cuidadosamente a temperatura (DOENGES; MOORHOUSE; MURR, 2012); Realizar o máximo possível de cuidados em um só momento a fim de reduzir a estimulação; Inserir como rotina, protetor auricular (devido ao barulho) e protetor ocular (devido às luzes fortes), com a finalidade de minimizar a estimulação ambiental, evitando assim, o estresse do neonato; Alterar freqüentemente de decúbito, dando preferência a posição prona, que em recém-nascidos permite restaurar a oxigenação e equilibrar a função circulatória; Assegurar acesso venoso pérvio e monitorização de sangramento, pois o óxido nítrico inalado é capaz de agir na função plaquetária, inibindo a agregação e adesão de plaquetas; Administrar as medicações prescritas; Proporcionar apoio e orientação aos pais.

Conclusão

A realização deste trabalho favoreceu a identificação dos principais diagnósticos e intervenções de enfermagem relativas ao neonato com hipertensão pulmonar persistente. Considerando que as principais necessidades básicas afetadas do neonato mediante o quadro da HPPN são: oxigenação, nutrição, temperatura corporal, conforto e integridade da pele, os diagnósticos prioritários identificados foram: padrão respiratório ineficaz, termorregulação ineficaz, padrão ineficaz de alimentação do lactente, conforto prejudicado e risco de integridade da pele prejudicada.

A identificação dos diagnósticos e a implementação das intervenções de enfermagem são etapas que fazem parte da sistematização da assistência de enfermagem, facilitando a avaliação dos cuidados prestados e permitindo identificar possíveis lacunas na assistência. Dessa forma, considerando a HPPN uma síndrome cardiopulmonar complexa, a mesma exige enfermeiros preparados e capacitados para atuar de forma qualificada e humanizada nos cuidados ao RN e no acolhimento de seus familiares. É necessário estar sempre buscando aprimorar-se em relação às habilidades técnicas, agregando-as a conhecimentos científicos para atender as necessidades dos neonatos de forma integral, contribuindo para a redução de seu sofrimento.

A presente revisão bibliográfica demonstrou a relevância da identificação dos diagnósticos de enfermagem como base para a implementação das intervenções na assistência, com a finalidade de alcançar resultados positivos na recuperação do neonato através dos cuidados de enfermagem.

Referências

ABDALLAH, Vânia Olivetti Steffen et al. Óxido nítrico inalatório no tratamento da hipertensão pulmonar persistente do recém-nascido. **Rev Med**, Minas Gerais; 22(4):374-379, Out/Dez, 2012.

ARAUJO, Orlei Ribeiro de et al . Parto cesáreo e outros riscos para hipertensão pulmonar persistente do recém-nascido. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo , v. 20, n. 4, Dez, 2008.

CABRAL, Joaquim E.B.; BELIK, Jaques. Hipertensão pulmonar persistente neonatal: recentes avanços na fisiopatologia e tratamento. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 89, n. 3, Jun 2013 .

DOENGES, Marilyn.E.; MOORHOUSE, Mary Frances.; MURR, Alice. C. **Diagnóstico de enfermagem: intervenções, prioridade, fundamentos**. – 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

EUGENIO, Gisela de Rezende; GEORGETTI, Flávia Carolina D.. Uso de milrinona no tratamento da hipertensão pulmonar persistente do recém-nascido. **Rev. paul. pediatr.** São Paulo, v. 25, n.4, Dez, 2007.

GASPAROTTO, Mariléia et al. Terapia Inalatória com Óxido Nítrico na hipertensão pulmonar persistente do neonato: cuidado de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro; 14(1): 131-7, Jan./Mar, 2006.

NANDA. **Diagnóstico de Enfermagem da Nanda: Definições e Classificação 2012-2014**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

RICCI, Susan Scott. **Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2008.

RODRIGUES, Maria Isabel Garcia. **Tratamento da Hipertensão Pulmonar Persistente do Recém-Nascido**. Tese (Mestrado Integrado em Medicina) – Universidade da Beira Interior, Faculdade de Ciências da Saúde. Covilhã, 2008.

SILVA, Ana Paula da. **A Sistematização do Cuidado ao Recém-Nascido com Hipertensão Pulmonar Persistente**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro Universitário de Barra Mansa, Rio de Janeiro, 2009.

Processo de Enfermagem no Cuidar a uma Paciente com Papiloma Vírus Humano

Maria Amanda Correia Lima – Universidade Federal do Ceará. amandalima2015.1@hotmail.com

Elizamar Regina da Rocha Mendes – Universidade Federal do Ceará

Nathália Lima Pedrosa – Universidade Federal do Ceará

Samyla Citó Pedrosa – Universidade Federal do Ceará

Elanir Graça Ferreira Cavalcante – Centro de Saúde da Família Meireles

Marli Teresinha Gimeniz Galvão – Universidade Federal do Ceará

Palavras-chave: Infecções por Papilomavírus. Enfermagem. Processos de Enfermagem.

Resumo

O Papilomavírus humano (HPV) é uma das mais prevalente Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e é de grande relevância para a saúde pública, pois a infecção pelo vírus associa-se ao aumento da incidência de câncer de colo uterino. O Processo de Enfermagem busca uma assistência de enfermagem pautada no raciocínio clínico, abordando dimensões biopsicossociais. Assim, o estudo objetivou realizar o Processo de Enfermagem em uma paciente portadora de HPV. Trata-se de um caso clínico, realizado em uma unidade básica de saúde referência em atendimento às pessoas com Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em Fortaleza-CE. O sujeito do estudo foi uma paciente que buscou o serviço por livre demanda. O atendimento deu-se em maio de 2014. Utilizou-se questionário semiestruturado para coleta de informações. Os diagnósticos de Enfermagem estavam de acordo com o NANDA 2012-2014. Logo após, foram realizadas intervenções baseadas nos achados encontrados. A apresentação do caso evidenciou os diagnósticos: Integridade da pele prejudicada, disposição aumentada para autocontrole da saúde e conhecimento deficiente. As principais intervenções consistiram no autocuidado em relação às lesões, a educação em saúde sobre o HPV e realização de testes rápidos para HIV, sífilis e hepatite B. Conclui-se que o Processo de Enfermagem favoreceu o atendimento à paciente, sugerindo o uso desta tecnologia leve em pacientes com outras DSTs.

Introdução

Na atualidade, a infecção genital pelo *Human Papillomavirus* (HPV) constitui-se como Doença Sexualmente Transmissível (DST) mais prevalente nos mais diversos grupos etários e seu diagnóstico é encontrado na maior parte das unidades de saúde, sendo de grande relevância para a saúde pública. A maior relevância em relação à temática é que o vírus, após instalado pode estacionar, regredir ou progredir para transformações celulares malignas, originando os carcinomas (PINHEIRO *et al.*, 2013).

O Papilomavírus Humano é um DNA-vírus que possui mais de 100 tipos conhecidos, os quais 20 desses podem infectar o trato genital (BRASIL, 2006). 40 genótipos já identificados possuem a capacidade de infectar a região genital dos seres humanos. Seu potencial oncogênico é classificado em alto risco e baixo risco, sendo que os HPVs 16 e 18 são os genótipos de alto risco, causas de aproximadamente 70% dos cânceres cervicais invasivos (BANURA *et al.*, 2011).

Existem fatores de risco relevantes que devem ser priorizados nas estratégias de promoção da saúde e alvos na prevenção do HPV, como: mulher jovem sexualmente ativa, principalmente após dois a três anos do início da atividade sexual; número de parceiros sexuais durante a vida e a idade do parceiro masculino em relação à da mulher (quanto maior essa diferença, maior o risco) (BASEMAN; KOUTSKY, 2005). A via sexual é a principal transmissão do HPV, o qual está incluso o contato oral-genital, genital-genital e manual-genital. A infecção pelo vírus pode acontecer mesmo na ausência de penetração vaginal ou anal e seu contágio é maior na presença de verrugas, também chamado de condilomas (BRASIL, 2014).

A vulnerabilidade da mulher está associada à faixa etária precoce, ou seja, de 13 a 25 anos, além de número de parceiros sexuais e o não uso de preservativos, principalmente se estiverem em situação conjugal estável (PINTO, FUZII, QUARESMA, 2011). Estudos apontam que as mulheres conhecem a necessidade do uso da camisinha, porém na prática depende da aceitação do companheiro e dela própria, sendo considerado um incômodo nas relações sexuais, portanto um desafio para os profissionais de saúde ao tentarem abordar a temática, convencendo sobre a importância do uso do preservativo (QUEIROZ; PESSOA; SOUSA, 2005).

O Processo de Enfermagem é um facilitador para o enfermeiro garantir uma assistência de qualidade, pois sistematiza o cuidado, garante o raciocínio clínico, aproxima o profissional de sua clientela e permite, ainda, uma abordagem holística, não apenas centrada na visão medicalocêntrica. Os elementos essenciais deste processo são pautados no planejamento, centrado no cliente, orientado por um problema e dirigido por um objetivo. Apesar das variações na nomenclatura das fases do Processo de Enfermagem, consistem em: Investigação, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento, Implementação e Avaliação (FREITAS; SPONCHIADO; ZANATTA, 2006; SASSO *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2013).

Os enfermeiros conhecem a relevância da utilização do Processo de Enfermagem em sua assistência aos clientes, porém ainda é pouco explorado pela profissão devido informação deficiente de sua aplicação. Arelado ao déficit de conhecimento, somam-se aos desafios a dificuldade de aceitação da instituição de

saúde e quantitativo de profissionais na prestação da assistência (SILVA *et al.*, 2013). O processo de Enfermagem em pacientes com HPV ainda é pouco explorada na literatura, emergindo, assim, a necessidade de se aplicar tal articulação nessa clientela.

Assim, diante do exposto, o estudo objetivou realizar o Processo de Enfermagem em uma paciente portadora de HPV.

Metodologia

Trata-se de um estudo de caso, no qual foi utilizado o Processo de Enfermagem no atendimento a uma paciente com Papilomavírus Humano. A pesquisa foi realizada na oportunidade do Estágio da Disciplina de Saúde Sexual e Reprodutiva, ofertada no Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. As acadêmicas de enfermagem foram supervisionadas por enfermeira do serviço.

Estudo de caso é um método investigativo que visa detalhar uma unidade ou um pequeno número de unidades, buscando compreender questões importantes sobre a entidade visada. Sua vantagem é a possibilidade de aprofundar sobre o objeto de estudo, oferecendo um conhecimento das condições, dos sentimentos, das ações, das intenções e do ambiente do ser estudado (POLIT; BECK, 2011). Suas desvantagens compreendem na impossibilidade de generalização dos resultados e na simplificação do nível de complexidade, quando comparado com pesquisa de ampla amostra. Entretanto, o rigor científico na fidedignidade dos dados e em sua análise é igual aos outros estudos, não devendo ser descartado (VENTURA, 2007).

O sujeito participante da pesquisa foi uma cliente de uma Unidade Básica de Saúde referência em atendimento para pessoas com Doenças Sexualmente Transmissíveis, localizada no município de Fortaleza. Foi realizada Consulta de Enfermagem na própria unidade de saúde, onde a paciente procurou atendimento por livre demanda. A consulta foi feita em maio de 2014, no período de estágio das acadêmicas, e a escolha pela paciente se deu por apresentar a doença em estudo e por a mesma aceitar em participar da pesquisa.

As informações sobre a paciente foram obtidas por um questionário semiestruturado, com informações de identificação, queixa principal, história da doença atual e história pregressa da doença, aplicado na anamnese da Consulta de Enfermagem. Os dados foram transformados em histórico para análise da paciente e formulação dos diagnósticos de Enfermagem. Esses diagnósticos foram feitos de acordo com o North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) 2012-2014. A partir dos diagnósticos, foram elaboradas intervenções para promoção da saúde da paciente.

Os aspectos éticos e legais foram respeitados. Tornou-se evidente à participante do estudo que lhe seria assegurado o anonimato, resguardando-lhe o direito, inclusive, de não concluir o trabalho que seria realizado, se assim o desejasse. A pesquisa obedece aos preceitos da Resolução 466/12.

Resultados e Discussão

Estudo de caso

M.E.B.C, 27 anos, sexo feminino, casada, mãe de um filho com dois anos. Compareceu à consulta de enfermagem no dia 15 de maio de 2014 com queixa de coceira e corrimento vaginal. Realizou a última prevenção em março de 2014. Relata que aos 15 anos iniciou sua vida sexual, e adquiriu uma Doença Sexualmente Transmissível (DST) com o primeiro parceiro. Afirma que fez o tratamento, mas não sabe dizer qual tipo de DST adquiriu. Relata que o parceiro atual apresenta verrugas na região do pênis. Diz não usar camisinha nas relações sexuais. Ao resultado da última prevenção observou-se presença de candidíase e, ao exame do Papanicolau, o resultado deu lesão cervical NIC I – neoplasia intraepitelial cervical de baixo grau. A cliente apresentava-se temerosa e desconhecimento do problema. Não usa preservativo com o marido, acha que não é necessário. Sente medo de falar para o marido da importância dele realizar o tratamento.

Diagnósticos de Enfermagem/Planejamento/Intervenções

1. Integridade da pele prejudicada evidenciado por ruptura da superfície da pele (prurido vulvar; NIC I).

Intervenções: Orientar quanto a higienização íntima, lavagem das roupas íntimas com sabão neutro, observar a presença de verrugas e realizar prescrição para tratamento da candidíase.

2. Disposição para autocontrole da saúde melhorada evidenciado pelo desejo de controlar a doença (usar camisinha e realizar o exame de prevenção)

Intervenções: Parabenizar pela procura a unidade, orientar o uso de preservativo e ofertar alguns preservativos, explicar sobre a importância de fazer colpocitologia semestralmente, convidar o esposo para a consulta de enfermagem. Foi convidada a realizar os testes rápidos para Hepatite B, Sífilis e HIV. Mas, antes foi realizado um aconselhamento individual sobre DSTs.

3. Conhecimento deficiente relacionado à interpretação errônea de informações, evidenciado por verbalização do problema.

Intervenções: Orientar o uso correto do preservativo, oferecer informações de forma clara e objetiva sobre as DSTs e sobre a prevenção e tratamento. Tirar todas as dúvidas e oferecer apoio emocional. Orientar sobre a patologia, tratamento e prevenção de complicações.

Pode-se perceber a ausência de conhecimento sobre o HPV. Estudos apontam a necessidade de ampliação das ações de educação e de promoção da saúde sobre a temática das Doenças Sexualmente Transmissíveis (CONTI *et al.*, 2006). As mulheres também se revelaram em pesquisa sobre o seu conhecimento deficiente, necessitando de ações educativas voltadas para a prevenção da infecção pelo HPV e seu agravamento (PIMENTA *et al.*, 2014).

Observa-se que a utilização do Processo de Enfermagem auxiliou o enfermeiro em uma prática voltada não apenas para a doença, mas a toda a holística do paciente. A consulta de Enfermagem, aliada ao Processo de Enfermagem é potente na identificação das necessidades diversas relacionadas ao processo saúde-doença, na prevenção de agravos, melhorando a saúde dos pacientes assistidos (DUARTE; AYRE; SIMONETTI, 2009).

Conclusão

A ausência de ações de prevenção, como o uso de preservativo, pode revelar vulnerabilidades em relação às DSTs, principalmente relacionado ao papilomavírus, que pode levar ao câncer de colo uterino.

Muitas vezes a descoberta de uma DST pode estar associada a outras doenças, como no caso estudado, em que a paciente foi diagnosticada com candidíase e HPV.

O Processo de Enfermagem de Enfermagem permitiu um cuidado multidimensional, em que foi tratada a doença e não foi desprezada a ansiedade da paciente, com a oferta de apoio emocional, nem a sua falta de conhecimento em relação às DST, em que foi fornecida atividade educativa.

Sugerem-se mais estudos com a aplicação do Processo de Enfermagem na clientela com doenças sexualmente transmissíveis, a fim de que mais evidências possam ser encontradas sobre sua utilização.

Referências

BANURA, C. *et al.* Epidemiology of HPV genotypes in Uganda and the role of the current preventive vaccines: a systematic review. **Infect. Agent. Cancer**, v. 6, n. 1, p. 11, 2011.

BASEMAN, J. G.; KOUTSKY, L. A. The epidemiology of human papillomavirus infections. **J. Clin. Virol.**, v. 32, suppl., p. 16-24, 2005.

BRASIL. Ministério da saúde. **Condiloma acuminado (HPV)**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/condiloma-acuminado-hpv>>. Acesso em 22 maio de 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de Bolso das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CONTI, F. S. *et al.* Educação e Promoção à Saúde: comportamento e conhecimento de adolescentes de colégio público e particular em relação ao papilomavírus humano (HPV). **DST – J. Bras. Doenças Sex. Trans.**, v. 18, n. 1, p. 30-35, 2006.

DUARTE, M. T. C.; AYRE, J. A.; SIMONETTI, J. P. Consulta de Enfermagem: estratégia de cuidado ao portador de hanseníase em atenção primária. **Texto – contexto enferm.**, v. 18, n. 1, p. 100-107, 2009.

FREITAS, E. P.; SPONCHIADO, F. C.; ZANATTA, E. A. O processo de Enfermagem como perspectiva na melhoria da qualidade da assistência. **Revista de Enfermagem.**, v. 2/3, p. 45-52, 2006.

PIMENTA, A. T. M. *et al.* Conhecimento de mulheres sobre alguns aspectos do papilomavírus humano. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 47, n. 2, p. 143-148, 2014.

PINHEIRO, M. M. *et al.* HPV e o desenvolvimento de neoplasias: uma revisão integrativa de literatura. **Rev. Ciênc. Saúde.**, v. 15, n. 1, p. 19-27, 2013.

PINTO, D. S.; FUZII, H.T.; QUARESMA, J. A. S. Prevalência de infecção genital pelo HPV em populações urbana e rural da Amazônia Oriental Brasileira. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 4, p. 769-778, 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. (Org.). **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

QUEIROZ, D. T.; PESSOA, S. M. F.; SOUSA, R. A. Infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV): incertezas e desafios. **Acta Paul. Enferm.**, v. 18, n. 2, p. 190-196, 2005.

SASSO, G. T. M. D. *et al.* Processo de Enfermagem informatizado: metodologia para associação da avaliação clínica, diagnóstico, intervenções e resultados. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 47, n. 1, p. 242-249, 2013.

SILVA, V. S. *et al.* Utilização do processo de enfermagem e as dificuldades encontradas por enfermeiros. **Cogitare enferm.**, v. 18, n. 2, p. 351-357, 2013.

VENTURA, M. M. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. **Rev. SOCERJ.**, v. 20, n. 5, p. 383-386, 2007.

Agradecimentos

Agradecemos a Unidade Básica de Saúde que ofereceu o espaço para a realização da pesquisa e a enfermeira que se responsabilizou em acompanhar os estudantes e pelo incentivo dado à pesquisa.



V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

551