

## IDENTIFICAÇÃO DOS PROTOCOLOS CLÍNICOS EM BANCOS DE TESES E DISSERTAÇÕES: DIRECIONAMENTO PARA PRÁTICA EM SAÚDE BASEADA EM EVIDÊNCIAS.

**Deise Maria do Nascimento Sousa<sup>I</sup>**, José Abelange Vasconcelos<sup>II</sup>, Elivane Oliveira Pereira Albuquerque<sup>III</sup>, Viviane Martins da Silva<sup>IV</sup>, Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso<sup>V</sup>, Mônica Oliveira Batista Oriá<sup>VI</sup>

I – Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Email: [deisemnascimento@yahoo.com.br](mailto:deisemnascimento@yahoo.com.br)

II – Enfermeiro. Universidade Federal do Ceará (UFC).

III – Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas e Gestão do Ensino Superior da Universidade Federal do Ceará (UFC).

IV – Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil.

V – Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil.

VI - Enfermeira. Pós-Doutora em Enfermagem pela Universidade de Virgínia, Estados Unidos. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. (ORIENTADORA)

### Resumo

**INTRODUÇÃO.** Os protocolos clínicos são ferramentas que se configuram como um tipo de tecnologia lógica que visam organizar a conduta dos profissionais da saúde diante das diversas situações que possam enfrentar na rotina dos serviços de saúde. **OBJETIVOS.** realizar um levantamento bibliográfico nos bancos de dissertações e teses que tratam acerca de protocolos clínicos. **METODOLOGIA.** Revisão narrativa da literatura a fim de identificar o desenvolvimento de protocolos clínicos em programas de pós-graduação brasileiros, no período de 2008 a 2013 no Biblioteca Digital de Teses e Dissertações. **RESULTADOS.** Foram encontradas 13 teses e dissertações, sendo 11 dissertações e apenas 2 teses com a temática relativas a protocolos clínicos. Destas, 08 eram provenientes de programas de pós - graduação (PPG) na região sudeste e 05 da região sul do país. Utilizaram metodologias diversificadas e com protocolos distintos. **CONCLUSÃO.** Os protocolos clínicos são um tipo de tecnologia utilizado no âmbito da assistência em saúde de grande importância, porém ainda são incipientes as publicações acerca deste tema no cenário científico.

### Introdução

Os protocolos clínicos são ferramentas que se configuram como um tipo de tecnologia lógica que visam organizar a conduta dos profissionais da saúde diante das diversas situações que possam enfrentar na rotina dos serviços de saúde. Eles se propõem a nortear as tomadas de decisões desses profissionais através do delineamento de diretrizes clínicas embasadas no mais alto nível de evidência científica (SCHNEID, 2003).

A utilização de tais instrumentos tem por finalidade a melhoria da qualidade dos cuidados em saúde, bem como otimização do atendimento, priorizando o alcance de resultados positivos para a clientela e proporcionando maior efetividade no tratamento a ser realizado. Além disso, promove maior redução de custos com vistas ao aumento dos benefícios, para os procedimentos a serem realizados no ambiente em que está inserido (HOPE et al., 2013).

Existem ferramentas que norteiam a criação de protocolos, bem como classificam o nível de evidência do estudo selecionado durante a busca na literatura a respeito do tema abordado. Eles devem ser adotados a partir de uma pergunta que impulse a resolução de determinado problema. Muitos pesquisadores utilizam a estratégia PICO, onde P simboliza a pergunta de partida pertinentes a população alvo, I as intervenções adotadas para resolução do questionamento, C se refere a comparação do resultado obtido e O representa o resultado encontrado. Feito isto, sucede-se a utilização das ferramentas, dentre elas pode-se citar o GRADE (*Grading Recommendations Applicability, Development and Evaluation*), que apresenta propriedades de classificação da evidência encontrada. Dessa forma, assegura-se uma busca eficaz (HSU et. al., 2011; SLALOW, et al, 2012).

Diante do exposto, a elaboração de protocolos clínicos faz-se extremamente necessária para que os profissionais de saúde possam realizar suas ações embasadas em diretrizes clínicas que, comprovadamente, possuem o mais alto respaldo científico e observando aspectos mais amplos, como a promoção do máximo benefício do cuidado para o paciente com vistas ao alcance do menor custo-efetividade.

## Objetivos

O presente estudo teve como objetivo realizar um levantamento bibliográfico nos bancos de dissertações e teses que tratam acerca de protocolos clínicos, identificando as principais áreas da saúde que se propõem a estudar esta temática, bem como descrever o delineamento metodológico abordado por elas.

## Metodologia

Este estudo trata de uma revisão narrativa da literatura a fim de identificar o desenvolvimento de protocolos clínicos em programas de pós-graduação brasileiros, que para melhor organização e coleta dos dados, foi estabelecida as seguintes etapas:

### Primeira etapa: identificação do problema

Foi caracterizada pela identificação clara e precisa do tema a ser pesquisado, o qual foi proveniente do interesse da pesquisadora em investigar sobre o assunto. Para guiar o levantamento bibliográfico, elaborou-se a seguinte questão norteadora: quais os protocolos clínicos construídos, validados ou aplicados em dissertações ou teses brasileiras ?

### Segunda etapa: busca na literatura e seleção do material

Com o intuito de responder ao questionamento acima, foi realizado busca via internet para acessar a Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD). Para localização dos artigos na referida base de dados, foi realizada consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), a fim de identificar os descritores controlados, que teve como principal: Protocolos Clínicos. Para a seleção dos artigos foram utilizados, além da questão norteadora, como critério de inclusão, o estudo deveria estar vinculado a assistência em saúde, ter sido publicado no período de 2008 a 2013 e estar disponível em texto completo *online*. Foram excluídos os trabalhos que não estavam disponíveis online para leitura e aqueles que se encontravam duplicados na base de dados estudada.

### 3.3 Terceira Etapa: Identificação da Amostra e Coleta de Dados

Após o estabelecimento da pergunta norteadora e dos descritores, foi identificado na BDTD um total de 34 teses e dissertações relacionadas ao tema, escolhidos a partir da leitura do título e do resumo do trabalho. Para coleta de dados, a pesquisadora irá utilizar um instrumento para melhor organização e análise dos dados que contém: 1) Autor, 2) Título do Trabalho, 3) Identificação do programa de pós-graduação, 4) Ano de Publicação e 5) Tipo de Produção Acadêmica. Feito isso, cada trabalho será codificado e submetido à descrição dos métodos para seu desenvolvimento, onde serão analisadas as características a seguir: 1) Tipo de Estudo, 2) Detalhamento Amostral, 3) Qual o protocolo utilizado, 4) Intervenções utilizadas.

## Resultados

Foram selecionadas 13 teses e dissertações. Foram descritas as principais características inerentes as produções. Dentre elas, percebeu-se que houveram a publicação de 11 dissertações e apenas 2 teses com a temática relativas a protocolos clínicos. Destas, 08 eram provenientes de programas de pós - graduação (PPG) na região sudeste do país, abrangendo, principalmente o estado de Minas Gerais, seguido por São Paulo e Rio de Janeiro. As outras 05 produções originam-se da região sul, todas do estado do Rio Grande do Sul. No que se refere aos anos publicados, demonstra-se que 04 foram publicadas no ano de 2013, outras 04 em 2011, somente 01 em 2010, tiveram 03 publicações em 2009 e apenas 01 em 2008.

Outro achado trata-se do detalhamento metodológico de cada estudo. Assim, observa-se que houveram abordagens variadas no uso da tecnologia em saúde em questão. Dentre as quais podemos citar: estudos transversais, avaliativos, ensaios clínicos randomizados, coorte, estudo quase-experimental e de revisão sistemática da literatura. Cada trabalho utilizou-se de um protocolo próprio, que está descrito na tabela. A amostra variou conforme o objetivo e abordagem de cada método e, portanto, não segue nenhum padrão. Quanto ao uso em si da tecnologia nestas pesquisas, observou-se que há as que se propõem a avaliar sua efetividade, outras que comparam a eficácia entre dois protocolos e um autor elaborou e construiu um protocolo.

## Discussão

A produção científica e acadêmica voltada para a temática de protocolos clínicos demonstram-se incipientes frente a outras tantas temáticas estudadas pela área da saúde. Porém, esse tipo de publicação vem crescendo a cada ano, como foi possível observar neste estudo, que de 2008 para 2013, houve um aumento significativo de teses e dissertações com esta temática. Tal fato corrobora

com dados da Cochrane Skin Group (CSG), que surgiu em 1997 com o intuito de identificar e divulgar protocolos e evidências científicas de alto nível. Dados relativos a publicação dessa tecnologia desde o seu surgimento até os dias atuais demonstram que houve um crescimento considerável de artigos publicados nesta temática (REDDI et. al., 2013).

Isso pode ser explicado pelo interesse da sociedade científica em elaborar tais tecnologias ter se iniciado nas últimas três décadas, tendo em vista sua importância para a prática clínica da assistência em saúde (SCHNEID, 2003).

Diante desse fenômeno, tem surgido diversos trabalhos com uso de protocolos sendo empregados em diversos cenários dos serviços ligados a saúde. Como foi-se demonstrado nas teses e dissertações desse estudo, onde foram utilizadas diversas metodologias em busca resultados que vislumbram medir a efetividade desse recurso tecnológico. No entanto, para que isso seja executado de maneira adequada e que atenda aos princípios do rigor científico, faz-se necessário o seguimento de pressupostos para que este material seja criado; tendo em vista a necessidade de submetê-lo a um processo que comprove sua validade, para que, dessa maneira, possa ser utilizado de forma segura e eficaz (RIBEIRO, 2010; WERNECK, 2009).

Vale ressaltar que a maioria dos programas de pós-graduação de onde emerge pesquisas que abordam essa temática estão ligadas a linhas de pesquisa médica. Apenas um trabalho foi proveniente de um PPG de enfermagem. Isso se revela uma área do conhecimento pouco explorada pelos enfermeiros que demanda atenção e oferece oportunidades de elaboração de diretrizes clínicas para a prática de enfermagem, tendo em vista que a natureza do conceito de diretriz clínica se constitui em recomendações que são desenvolvidas para orientar a tomada de decisões do profissional de saúde embasado no mais alto nível de evidência científica (LIMA, 2009).

## Conclusão

Os protocolos clínicos são um tipo de tecnologia utilizado no âmbito da assistência em saúde que tem por objetivo guiar a prática do profissional de saúde de acordo com o maior nível de evidência demonstrado por estudos científicos.

Por ser um recurso tecnológico que surgiu há poucas décadas no cenário científico como objeto de estudo, verificou-se entre as produções acadêmicas ser um tema pouco estudado, com um pequeno número de publicações advindas deste tema, principalmente em trabalhos de teses e dissertações. Apesar disso, mostrou-se que vem ganhando espaço e o número de trabalhos, ainda que pouco representativo, vem aumentando ao longo dos anos. Durante a análise deste estudo, notou-se a variedade de abordagens metodológicas em que é possível aplicar os protocolos clínicos, porém, vale ressaltar a necessidade de se trabalhar com protocolos rigidamente elaborados e com validade.

Este estudo apresentou como limitação o uso de um banco de teses e dissertações brasileira, que diminui o poder de generalização acerca do número de publicações desta temática a nível mundial.

## Referências

BRENTA, G. et al . Clinical practice guidelines for the management of hypothyroidism. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo , v. 57, n. 4, Junho, 2013 .

DA SILVA, O. B.; STEIN, A. Medicina Baseada em Evidências: uma visão geral sobre o novo paradigma da prática médica. Revista Amrigs, Porto Alegre, v. 43, n. 3,4, p. 205-209, jul./dez. 1999

HOPE, W.W., RICHARDSON, W., FANELLI, R., STEFANIDIS, D. How do SAGES members rate its guidelines?.**Surgical Endoscopy**. 2013

HSU, J., et.al. Application of GRADE: Making evidence-based recommendations about diagnostic tests in clinical practice guidelines. **Implementation Science**, v. 6, n.62, 2011

LIMA, S. M.L. et al . Utilização de diretrizes clínicas e resultados na atenção básica à hipertensão arterial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 9, Sept. 2009.

REDDI, A. PRESCOTT, L., DELAMERE, F., KOLLIPARA, R., DELLAVALLE, R.P., WILLIAMS, H.C. The Cochrane Skin Group: a vanguard for developing and promoting evidence-based dermatology. **Journal of Evidence-Based Medicine**, 2013

RIBEIRO, R. Diretrizes clínicas: como avaliar a qualidade?. **Rev Bras Clin Med**, v. 8, n.4, p. 350-355. 2010

SCHNEID et al. Protocolos Clínicos embasados em evidências: a experiência do Grupo Hospitalar Conceição. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, v.47, n.2, p. 104-114, abr.-jun. 2003.



# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

SLALOW D. et.al. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology Screening Guidelines for the Prevention and Early Detection of Cervical Cancer. **Am J Clin Pathol.** v.137, p.516-542, 2012

WERNECK, M. A. F; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. Protocolo de Cuidado à Saúde e Organização do Serviço. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

## IDENTIFICANDO A DOR NO RECÉM-NASCIDO INTERNADO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Bárbara Albuquerque Loureiro Ponte – Centro Universitário Estácio do Ceará – email: babyponte@hotmail.com

Lanuza Celes Mendes – Universidade Federal do Ceará

Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso – Universidade Federal do Ceará

Regina Cláudia Melo Dodt – Universidade Federal do Ceará e Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza

Livia Silva de Almeida – Universidade Federal do Ceará e Centro Universitário Estácio do Ceará

Fernanda Cavalcante Fontenele – Universidade Federal do Ceará e Centro Universitário Estácio do Ceará

Palavras-chave: *Dor. Recém-Nascido. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.*

### Resumo

# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Neste estudo, objetivou-se identificar as condutas realizadas pelas técnicas de enfermagem frente ao recém-nascido com dor em uma unidade de terapia intensiva neonatal. Estudo exploratório, descritivo realizado em uma maternidade pública de Fortaleza/CE, com 25 técnicos de enfermagem. O instrumento utilizado na entrevista foi um roteiro semi-estruturado, os dados foram processados, discutidos e analisados de acordo com a literatura. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, sob o Protocolo nº 74/11. Obteve-se como sinal indicativo de dor, 20 (80%) entrevistadas mencionaram observar a face do recém-nascido; 25 (100%) consideraram como procedimentos dolorosos as punções, destacando-se as venosas. Na prevenção da dor no RN, referiram: sucção não nutritiva, 18 (72%), e na presença de dor, elas mencionaram principalmente contatar enfermeira ou médico, 12 (48%). Concluiu-se que as profissionais demonstraram compreender que os RN reagem à dor e que há necessidade de intervenções preventivas e atenuantes desses fatores estressantes por parte da equipe.

## Introdução

Devido ao crescente índice de recém-nascido (RN) que ao nascerem necessitam de cuidados de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), este tema tem sido evidente em estudos recentes, configurando a assistência de enfermagem fundamental na recuperação da saúde e bem-estar dos neonatos. Por muitos anos, acreditou-se que o recém-nascido era impossibilitado de sentir dor, devido à falta de maturidade do Sistema Nervoso Central (SNC), ausência da bainha de mielina e deficiência da memória da dor (BIEDA, 2007). Com o passar dos anos, foi observado que a dor não dependia exclusivamente da mielinização e que o RN tinha todos os componentes, principalmente cerebrais, necessários para transmissão do estímulo doloroso (GASPARY; ROCHA, 2004). Somente a partir da década de 1990 a dor começou a ser vista como alvo de pesquisa e investigação na assistência ao RN. A dor no RN é considerada um dos aspectos de grande relevância no contexto da assistência humanizada. Pesquisas têm contribuído para o entendimento da ocorrência da dor em neonatos, assim como para conscientização de todos os profissionais da área da saúde que prestam cuidados diretos a essa população (FRANCK, 2002). A dor pode ser definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais danos (CALIL; PIMENTA, 2005). Conhecer e compreender o conceito de dor se faz relevante, pois, considerando que na UTIN o RN é submetido a procedimentos estressantes e dolorosos como: intubação, aspiração, punção venosa ou arterial, dentre outros. Calcula-se que os RN internados na Unidade de Terapia Intensiva recebem em torno de 50 a 150 procedimentos potencialmente dolorosos e que neonatos prematuros com menos de 1000 g sofrem em média 500 ao longo de sua internação nessa unidade (GUINSBURG, 2004). Considerando que o RN não tem capacidade para informar o local da dor e a sua intensidade, a equipe de enfermagem é de suma importância, pois presta cuidados diretos aos neonatos de forma contínua. Dessa forma, é necessário que o profissional de enfermagem saiba como e o que observar para realizar as intervenções indicadas quando o RN sentir dor. A disponibilidade de métodos para avaliação da dor no RN é a base para o seu tratamento adequado (REICHERT; SILVA; OLIVEIRA, 2000). A avaliação da dor deve fazer parte das atividades da equipe de enfermagem, a qual passa mais tempo com o paciente, além de assegurar um cuidado humanizado, o que é um direito dos pacientes (NASCIMENTO; KRELING, 2011). A rotina diária predispõem a realização de procedimentos álgicos, o que, na maioria das vezes, não são percebidos por parte de alguns profissionais. Reconhecer e caracterizar o sinal de dor deve ser um compromisso de toda equipe que presta assistência ao RN. Portanto, objetivou-se identificar as condutas realizadas pelas técnicas de enfermagem frente ao recém-nascido com dor em uma unidade de terapia intensiva neonatal.

## Metodologia

Estudo exploratório descritivo, realizado em uma unidade de terapia intensiva neonatal, de uma maternidade pública referência em atendimento materno-infantil, localizado no município de Fortaleza-Ceará. A instituição desenvolve importantes atividades na área da saúde relacionadas à assistência ao RN e atua como campo de estágio para os alunos de graduação e pós-graduação de instituições públicas e privadas nas diversas áreas multiprofissionais. Desempenha importante papel na assistência à saúde da mulher e do recém-nascido, destacando-se pelo uso da tecnologia por uma equipe humanizada, comprometida com a melhoria contínua da qualidade da assistência. Integra a Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal, uma iniciativa conjunta da área técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde. A UTIN presta assistência aos recém-nascidos de alto risco, prematuros extremos, de muito baixo peso e com patologias distintas. Atende pacientes provenientes do centro obstétrico do próprio serviço. É dividida em quatro unidades: duas unidades de médio risco (com 15 leitos cada) e duas unidades de alto risco (uma com 12 leitos e outra com 9 leitos). A população do estudo foi composta por 25 Técnicas de enfermagem que trabalhavam na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, com no mínimo dois anos de experiência, prestando cuidados diretos ao recém-nascido. Foram excluídas as que no período da pesquisa estavam em escala de greve, férias e licença saúde. A escolha pela UTIN se deu por ser uma unidade de maior complexidade, com maior chance de experiências de aprendizagem. O instrumento utilizado durante a entrevista, para realizar os registros fora um formulário semi-estruturado, dividido em duas partes: a primeira referente aos dados de identificação das profissionais, como idade, tempo de conclusão do curso técnico, tempo de experiência em neonatologia. A segunda parte continha as seguintes questões abertas: Na sua opinião, o recém-nascido sente dor? Como você percebe que o RN está com dor? Nesta unidade de neonatologia há utilização de escalas de mensuração de dor? Que procedimentos você considera dolorosos para o RN? Que cuidados de enfermagem você realiza para prevenir a dor no RN? Que cuidados de enfermagem você realiza para aliviar a dor no RN? A coleta foi realizada no mês de



agosto de 2011, na própria instituição, em local reservado, contribuindo para o estabelecimento de um ambiente privativo. Os dados obtidos foram processados, discutidos e analisados minuciosamente de acordo com a literatura pertinente. Eles foram apresentados em forma de figuras, sendo utilizadas as frequências absoluta e relativa, em planilha de Excel. Na oportunidade, calcularam-se, quando possível, as medidas estatísticas: média e desvio padrão. Cada profissional, após a concordância e assinatura do Termo de Consentimento, recebeu uma via. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição, com o Protocolo nº 74/11.

## Resultados e Discussão

Quanto ao perfil das profissionais que participaram do estudo, todas eram do sexo feminino. Das 25 profissionais entrevistadas, 12 (48%) tinham entre 29 e 40 anos de idade; 8 (32%) tinham entre 41 e 50 anos e 5 (20%) tinham entre 51 e 54 anos de idade. Quanto ao tempo de experiência trabalhando em neonatologia: 14 (56%) tinham entre 11 e 20 anos de experiência; 8 (32%) tinham entre 21 e 30 anos e 3 (12%) tinham entre 9 e 10 anos de vivência em neonatologia. É importante destacar que 21 (84%) tinham apenas o curso de Técnico de Enfermagem, enquanto 2 (8%) tinham curso de graduação e ainda 2 (8%) tinham curso de pós-graduação. Como sinais indicativos de dor, foram identificados os gestos faciais do RN, 20 (80%), seguidos pelo choro, 18 (27%), irritação do RN, 15 (60%), movimentos corporais, 8 (32%), episódios de taquicardia, 5 (20%), e ainda hipossaturação, 3 (12%). No que se refere aos procedimentos considerados mais dolorosos pelas técnicas de enfermagem elas mencionaram as punções venosas 25 (100%), capilares 10 (40%), arteriais 8 (32%), ou lombares 8 (32%). Ressalta-se aqui outros procedimentos mencionados por elas que consideram dolorosos, porém foram citados em menor número: introdução da cânula orotraqueal (COT), frio, manuseio excessivo, troca de curativo, tricotomia e aspiração da COT e das vias aéreas. Quando interrogadas acerca de quais os cuidados realizados para prevenir a dor no RN, o cuidado mais relatado pelas profissionais foi a sucção não nutritiva com gaze e leite materno ou com glicose a 25%: 18 (72%). As técnicas ainda informaram: agasalhar o RN, 10 (40%), realizar mudança de decúbito, 6 (24%), manuseio delicado, 5 (20%), e agrupar cuidados 4 (16%). Outros cuidados foram citados também em menor quantidade, tais como a promoção de atendimento humanizado e promover penumbra no ambiente hospitalar. Quanto aos cuidados com os RN, quando detectado presença de dor, obteve-se como respostas: contatar enfermeira ou médico, 12 (48%), oferecer sucção não nutritiva, 9 (36%), realizar manuseio mínimo, 9 (36%), passar medicação tópica nos locais de punção, 8 (32%), e também aconchegar e conversar com o RN, 4 (16%). Também, em números menores, houve relatos de preocupação com o cuidado humanizado (toque delicado e mínimo, promover penumbra, realizar mudança de decúbito). As entrevistadas tinham, em média, 38 anos, (DP+ 6,17), o que revela uma realidade das UTIN onde há um domínio de profissionais do gênero feminino. A maioria, 16 (84%), tinha mais de 10 anos de experiência na área neonatal, em média, 17,5 (+ 6,16). Esse dado revela a existência de profissionais com vivência comprovada na assistência ao RN. A grande parte dos profissionais (84%) tinha como maior titulação o curso de Técnico de Enfermagem; apenas 2 (10,5%) profissionais tinham uma graduação além do curso técnico e 1 (5,2%) tinha pós graduação em Enfermagem. Quando se interrogou as técnicas de enfermagem se elas concordavam que os recém-nascidos sentem dor, todas confirmaram que eles são capazes de sentir dor, incluindo os prematuros. Há evidências de que os neonatos possuem capacidade neurológica para perceber a dor, mesmo os neonatos pré-termos (CRESCÊNCIO; ZANELATO; LEVENTHAL, 2009). Uma atenção especial à dor e a busca de meios para diminuí-la, e até evitá-la, podem ser um passo importante para a melhoria da qualidade de vida do RN internado em UTIN, almejando uma atenção mais humanizada (SILVA; CHAVES; CARDOSO, 2009). Para o tratamento adequado e humanizado do fenômeno doloroso, é necessário que os profissionais tenham conhecimento sobre os aspectos importantes da dor: a avaliação sistemática, multidimensionalidade, intervenção adequada, farmacologia, monitorização dos resultados do tratamento e comunicação com a equipe de saúde (RIBEIRO; *et al.* 2012). É fundamental que os profissionais saibam reconhecer os sinais que confirmam a presença de dor no RN. Portanto, para que os profissionais de saúde de neonatologia possam atuar terapeuticamente diante de situações possivelmente dolorosas, é necessário dispor de instrumentos que “decodifiquem” a linguagem da dor (CRESCÊNCIO; ZANELATO; LEVENTHAL, 2009). Percebeu-se que na instituição onde se realizou o estudo ainda não se utilizava escala para mensurar a dor. Para quantificação e qualificação da dor, têm-se utilizado escalas que levam em conta alterações comportamentais e fisiológicas no período neonatal. Entre as escalas utilizadas para avaliação da dor no recém-nascido, citam-se: *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS), *Neonatal Facial Coding System* (NFCS) e *Premature Infant Pain Profile* (PIPP) (TAMEZ; SILVA, 2010). O uso de escalas de dor à beira do leito do RN durante procedimentos dolorosos pode vir a ser um passo fundamental para se instalarem no serviço de Neonatologia, medidas não farmacológicas, pois as escalas comprovam a existência da dor e, assim, favorecem ao RN intervenções adequadas (SILVA; CHAVES; CARDOSO, 2009). Destaca-se a importância de se ter profissionais qualificados para a utilização das escalas. Estudo que comparou a avaliação de dor do RN durante a coleta de sangue por meio de duas escalas, em que uma delas foi aplicada pelas enfermeiras que realizaram o procedimento doloroso, indicou a possibilidade de limitação das enfermeiras quanto ao reconhecimento dos sinais de dor manifestados pelos RN (LÉLIS; *et al.* 2010). É necessário a evolução das pesquisas no sentido de identificar, disponibilizar e divulgar os equipamentos e as orientações adequadas aos profissionais de enfermagem (FARIAS; *et al.* 2012). A prevenção da dor é importante, não somente devido a aspectos éticos, mas também pelo potencial de consequências deletérias à exposição repetida da dor ao recém-nascido. Essas consequências incluem alteração da sensibilidade, alterações comportamentais e fisiológicas (CHRISTOFFEL; *et al.* 2009). Os sinais indicativos de dor que as participantes mencionaram foram: faces de dor, choro, irritação, movimentos excessivos nos membros, taquicardia e hipossaturação. As alterações da mímica facial vêm sendo uma das ferramentas mais empregadas no estudo da dor do recém-nascido, quais sejam: fronte saliente, fenda palpebral estreitada, sulco nasolabial aprofundado, lábios entreabertos, boca estirada, tremor de queixo e língua tensa (GUINSBURG, 2004). A expressão facial permite informações válidas, sensíveis e específicas a respeito da natureza e da intensidade da dor; já o choro, quando isolado, não fornece informações suficientes, pois pode indicar fome e desconforto (GUINSBURG, 2004). No que se refere aos procedimentos realizados nas UTIN, diversos foram os considerados dolorosos pelas entrevistadas, porém os mais citados foram: punção venosa, 25 (100%), capilar, 10 (40%), arterial 8 (32%), e lombar, 8 (32%). Ressalta-

se aqui outros procedimentos mencionados por elas, os quais consideram dolorosos, porém foram citados em menor número, tais como: introdução da cânula orotraqueal, frio, manuseio excessivo, troca de curativo, tricotomia e aspiração da COT e das vias aéreas. Estudo realizado com RN revelou que a aspiração do tubo orotraqueal e vias aéreas, uso do CPAP nasal, consideradas práticas dolorosas, podem levar o RN a apresentar alterações nos parâmetros fisiológicos (BARBOSA; *et al.* 2011). Os protocolos de cuidados para recém-nascidos devem incorporar o princípio de minimizar as intervenções dolorosas tanto quanto possível. As estratégias devem incluir avaliação da dor rotineiramente, diminuição do número de procedimentos realizados à beira do leito e utilização de medidas efetivas comprovadas cientificamente (ANAND; SCALZO, 2000). Ao serem interrogadas sobre quais condutas teriam para prevenir a dor no RN, obteve-se: sucção não nutritiva com gaze e leite materno ou com glicose a 25%: 18 (72%). As técnicas ainda informaram: agasalhar o RN, 10 (40%), realizar mudança de decúbito, 6 (24%), manuseio delicado, 5 (20%), e agrupar cuidados, 4 (16%). Outros cuidados foram citados também em menor quantidade como promoção de atendimento humanizado, promover penumbra no ambiente hospitalar. Quando não se consegue evitar que o RN tenha dor, aliviá-la é muito importante. Atualmente, existem diversas técnicas para tratamento da dor, as quais podem ser farmacológicas ou não farmacológicas. A administração de glicose tem sido muito utilizada como intervenção não farmacológica para o alívio da dor por ser uma medida terapêutica indicada para a realização de pequenos procedimentos como a coleta de sangue, pois ajuda o recém-nascido a se organizar após o estímulo doloroso, minimizando as repercussões fisiológicas e comportamentais (GAIVA, 2012). Em relação às ações realizadas pelos profissionais para aliviar a dor, foram mencionadas: contatar enfermeira ou médico, 12 (48%), oferecer sucção não nutritiva, 9 (36%), realizar manuseio mínimo, 9 (36%), passar medicação tópica nos locais de punção, 8 (32%), e também aconchegar e conversar com o RN, 4 (16%). Também em números menores relatos de preocupação com o cuidado humanizado (toque delicado e mínimo, promover penumbra, realizar mudança de decúbito). Toda dor deve ser considerada e requer uma intervenção de enfermagem, sendo os profissionais de enfermagem responsáveis por oferecer uma assistência livre de imperícia, negligência e imprudência. O profissional não pode ser omissor. Existe uma vertente que busca o alívio da dor do RN. No caso dos enfermeiros, destacam-se as medidas não farmacológicas, que não exigem prescrições médicas, o que facilita a utilização na assistência de enfermagem. A enfermagem ocupa posição de destaque na avaliação e intervenção sobre a dor em RN, já que são os profissionais de enfermagem atuam na maioria dos procedimentos dolorosos durante a sua internação na UTIN (FARIAS; *et al.* 2012). Um aspecto importante para assistência de enfermagem neonatal é a criação de um ambiente propício para o tratamento do RN, livre de estímulos nocivos, que promova o desenvolvimento positivo do RN e minimize os efeitos negativos da doença (CHRISTOFFEL; *et al.* 2009). Portanto, apesar da necessidade de realização de alguns procedimentos dolorosos e desagradáveis, podem-se adotar, durante estes, algumas medidas ambientais, tais como a redução de luminosidade e a diminuição de ruídos. Quanto às medidas comportamentais, o enrolamento, a contenção, a sucção não nutritiva, a glicose a 25% e a realização de agrupamento dos cuidados foram utilizadas pelos profissionais de enfermagem em procedimentos dolorosos (AQUINO; CHRISTOFFEL, 2010). Evidenciou-se que ainda há muitas discussões e controvérsias sobre o método mais eficaz para o alívio da dor. Ou seja, os profissionais de saúde ainda expressam dificuldades em diagnosticar e lidar com a dor no recém-nascido.

## Conclusão

As técnicas de enfermagem que participaram do estudo compreendem que os RN reagem às sensações dolorosas quando estimulados na UTIN. Entretanto, não há uma padronização das intervenções indicadas nestes casos. Em meio a tantas evidências, é relevante lembrar que oferecer um tratamento com o mínimo de dor possível é promover um cuidado humanizado ao RN. A dor como um sinal subjetivo, somada a impossibilidade do RN verbalizá-la, condiciona o profissional de saúde em UTIN a estar atento às alterações comportamentais e fisiológicas que acompanham o episódio doloroso, não devendo nunca subestimá-lo. Urge a necessidade de uma capacitação dessas profissionais com relação à avaliação e manejo da dor para melhorar a característica da assistência, tornando-a mais científica e segura, baseada em evidências. Sugere-se a criação de um protocolo de avaliação e tratamento da dor na rotina da instituição, como a aplicação de escalas, pelas enfermeiras, para que estas possam guiar as demais profissionais que compõem a equipe, melhorando assim a qualidade da assistência prestada aos neonatos.

## Referências

ANAND, K.J.S; SCALZO, F.M. Can adverse neonatal experiences alter brain development and subsequent behavior? **Biology of the Neonate**. Little Rock, v. 77, n. 2, p.69-82, fev. 2000.

AQUINO, F.M; CHRISTOFFEL, M.M. Dor neonatal: medidas não-farmacológicas utilizadas pela equipe de enfermagem. **Rev Rene**. Fortaleza, v.11, n.especial, p.169-77, 2010.

BARBOSA, A.L, *et al.* Aspiração do tubo orotraqueal e de vias aéreas superiores: alterações nos parâmetros fisiológicos em recém-nascidos. **Rev Latino-Am Enfermagem**. São Paulo, v.19, n.6, p. 1369-76, Nov-Dez, 2011.



BIEDA, A. Where Are the Data?: applying evidence to neonatal care. **Nurs Womens Health**. v.11, n.3, p.316-18, jun. 2007. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1751-486X.2007.00158.x/abstract>>. Acesso em: 20 ago. 2011.

CALIL, A.M.; PIMENTA, C.A.M. Conceitos de enfermeiros e médicos de um serviço de emergência sobre dor e analgesia no trauma. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v.39, n.3, p.325-32, set. 2005.

CRESCÊNCIO, E.P; ZANELATO, S; LEVENTHAL, L.C. Avaliação e alívio da dor no recém-nascido. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goânia, v.11, n.1, p.64-69, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a08.htm>>. Acesso em: 15 ago. 2011.

CHRISTOFFEL, M.M.; *et al*. Princípios éticos da equipe de enfermagem ao cuidar da dor do recém-nascido. **Rev Mineira Enferm**. Belo Horizonte, v.13, n.3, p.321-26, jun-dez. 2009.

FARIAS L.M, *et al*. Percepção de enfermeiros sobre uso da música como tecnologia para alívio da dor em recém-nascidos. **Rev Enferm UFPE** on line, Recife, v.6, n.1, p.142-48, 2012. Disponível em: <[http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2113/pdf\\_768](http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2113/pdf_768)>. Acesso em: 10 set. 2011.

FRANCK, L.S. Some pain, some gain: reflections on the past two decades of neonatal pain research and treatment. **Neonatal Netw**. v.21, n.5, p.37-41, 2002. Disponível em: <[www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12240455](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12240455)>. Acesso em: 01 de out 2012.

GAIVA, M.A.M. Dor no recém-nascido: prática e conhecimentos atuais. **Pediatria Mododerna**. V.37, n.5. 2001. Disponível em: <[http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=1465](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=1465)>. Acesso em: 10 set. 2012.

GASPARY, L.V, ROCHA, I. Intervenções não farmacológicas para o alívio da dor em recém-nascidos prematuros (RNPT). **Nursing**. São Paulo, v.79, n.7, p.47-50, dez. 2004.

GUINSBURG, R. **Dor no recém-nascido**. Programa de Atualização em Neonatologia (PRORN) / Organizado pela Sociedade de Pediatria. Porto Alegre: Artmed; 2004.

LÉLIS, A.L.P.A.; *et al*. Promoção da saúde e o enfermeiro frente à dor do recém-nascido na unidade neonatal: estudo exploratório descritivo. **Online Braz J Nurs**. Niterói, v.9, n.2, nov. 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/2996>>. Acesso em: 10 set. 2012.

NASCIMENTO, L.A.; KRELING, M.C.G.D. Avaliação da dor como quinto sinal vital: opinião de profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v.24, n.1, p.50-4, 2011.

REICHERT, A.P.S.; SILVA, S.L.F.; OLIVEIRA, J.M. Dor no recém-nascido: uma realidade a ser considerada. **Nurs**. São Paulo, v.30, n.3, p.28-30, nov. 2000.

RIBEIRO, M.C.O.; *et al*. Características da dor em vítimas de traumatismo num serviço de emergência. **Rev Enferm UFPE** on line, Recife. v.6, n.4, p.720-27, 2012. Disponível em: <[http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2307/pdf\\_1116](http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2307/pdf_1116)>. Acesso em: 10 set. 2013.

SILVA, T.M.; CHAVES, E.M.C.; CARDOSO, M.V.L.M.L. Dor sofrida pelo recém-nascido durante a punção arterial **Esc Anna Nery**. Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.726-32, out-dez. 2009.

TAMEZ, R.N.; SILVA, M.J.P. **Enfermagem na UTI neonatal:** assistência ao recém-nascido de alto risco. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

## Agradecimentos

Agradecemos aos pais que consentiram a participação de seus filhos e a UFC que permitiu acesso ao cenário do estudo, sem os quais não seria possível a realização do mesmo.

## IMPACTO DA DOR NA SAÚDE AUTO REFERIDA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS.

Luciana de Carvalho Pádua Cardoso (apresentador) – Mestranda em Saúde Coletiva, - UNIFOR – bolsista CAPES-Prosop/prodad  
[lucianacpcardoso@gmail.com](mailto:lucianacpcardoso@gmail.com)

Larissa Sousa Alencar de Oliveira - Aluna do Curso de Enfermagem da UNIFOR - bolsista FUNCAP

Suzanne Vieira Saintrain – Mestranda em Saúde Coletiva - UNIFOR.

Carina Barbosa Bandeira - Mestre em Saúde Coletiva - Docente da UNIFOR.

Marcus Antônio Melo de Carvalho Filho - Mestrando em Saúde Coletiva - UNIFOR

Maria Vieira de Lima Saintrain (orientador) – Docente do Mestrado em Saúde Coletiva - UNIFOR.

Palavras-chave: Epidemiologia. Dor. Saúde. Idoso.

### Resumo

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, realizada com aplicação de questionários semi estruturados. O levantamento de dados foi realizado com 92 idosos de 60 anos ou mais, de ambos os sexos, residentes em uma instituição de longa permanência no município de Fortaleza-Ce. Como objetivo, verificou-se a inter-relação dos fatores na saúde do idoso, com a presença da dor e sua influência na saúde auto referida, por meio da aplicação da Escala Visual Analógica (EVA). Os dados coletados foram organizados e computados estatisticamente por meio do Software “Statistical Package for Social Science” – SPSS versão 15. Os dados analisados mostraram que não houve predominância na frequência dos sexos (50% em cada gênero), sendo que dentre os idosos da instituição (n=92) a prevalência da dor foi de 45,7%, onde se detectou significância estatística no que concerne a intensidade da dor em relação ao fato da saúde atual está excelente, razoável ou ruim ( $p=0,027$ ). Sendo que destes, verificou-se que daqueles com saúde excelente, apenas 18,2% apresentaram dor intensa, enquanto dos que referiram saúde razoável ou ruim, os percentuais relativos à dor intensa foram de 45,4% e 36,4% respectivamente. Os dados produzidos apontam que a presença da dor está diretamente relacionada com a percepção do estado geral de saúde auto referida. Deste modo a avaliar a presença da frequência de dor na população idosa torna-se relevante ao colaborar para o planejamento de ações direcionadas à saúde dos participantes, principalmente no que se diz respeito aos efeitos deletérios na saúde, empenhar medidas para seu alívio e no bem-estar psicológico.



# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

## Introdução

O envelhecimento é um fato inevitável e irreversível e como um fenômeno mundial tem sido estudado cada vez mais, visando assegurar uma melhor qualidade de vida da população idosa, sendo, portanto, imprescindível avaliar os fatores de morbidade a que esta população está exposta (DRAGO e MARTINS, 2012; DELLAROZA, PIMENTA e MATSUO, 2007). As principais questões médicas incluem a síndrome do delírio, depressão, distúrbios de comportamento, perda de peso, controle da dor, fragilidade, polifarmácia, dentre outros, e, paralelamente, ao acréscimo da população idosa tem aumentado a necessidade de lares para idosos em todo o mundo (MORLEY, 2010).

O conceito de envelhecimento sofre alterações ao longo dos anos, evoluindo de acordo com as crenças, cultura, conhecimentos, atitudes e relações sociais de cada época (DRAGO e MARTINS, 2012). Porém, essa transformação vem acompanhada de aumento na incidência de doenças incapacitantes, crônicas e degenerativas, que resultam em dependência e são agravadas pelas queixas de dor, que se caracterizam pelo declínio das forças físicas e possíveis alterações psíquicas, tornando o envelhecer uma problemática de saúde pública (EPPS, 2001).

De acordo com dados publicados sobre transição demográfica e epidemiológica, no Brasil, assim como nos diversos países do mundo, sua população está envelhecendo rapidamente. O segmento populacional de idosos é o que mais cresce em termos de proporção, sendo que em 2020, no Brasil, espera-se que alcance 32 milhões de idosos, representando 15% da população total e será a 6ª maior população idosa do mundo (IBGE, 2011).

Neste contexto, a população idosa em instituições de longa permanência está crescendo proporcionalmente ao aumento da expectativa de vida. Porém segundo Costa, Saintrain e Vieira (2010), boa parcela desses idosos não tem sido acompanhado de forma adequada gerando, conseqüentemente, uma situação de saúde mais precária, reintegrando a necessidade de um melhor acompanhamento e investimento no cuidado dessa parte da população.

O aumento da velhice da população brasileira vem acarretando o aparecimento de doenças incapacitantes, crônicas e degenerativas, que pode resultar em dor (CELICH e GALON, 2009). A dor é uma sensação subjetiva, podendo ser psíquica e/ou física, devendo ser considerada, diante da vulnerabilidade e angústia que imprime sobre a pessoa, uma ameaça à sua integridade. Pode estar associada a imagens negativas, como sofrimento, transtornos psiquiátricos, inexistência de tratamento e abuso de medicamentos, considerados problema, tanto para o indivíduo, família e sociedade, assim como limita as condições e o comportamento daquele que a vivencia, aumentando a morbidade e onerando o Sistema de Saúde (EPPS, 2001; GOLD, 2000). No mesmo entendimento, Clarke et al.(2012) enfatiza o fato de que mais de 50% das pessoas idosas sentem dor crônica e que essa dor mal gerida ameaça a independência, limita as atividades sociais e negativamente afeta o bem-estar emocional. Segundo os autores, a partir de perspectivas dos adultos mais velhos, a dor crônica não é totalmente compreendida, além de que o manejo da dor na vida adulta não é necessariamente baseado em suas prioridades e necessidades.

Nesta perspectiva, Dellaroza, Pimenta e Matsuo (2007) citam a dor crônica como uma doença e não um sintoma, podendo ter conseqüências sérias na qualidade de vida da pessoa idosa. Fatores como incapacidade física e funcional, depressão, afastamento social, dependência, mudanças na sexualidade, desequilíbrio econômico, alterações na dinâmica familiar, sentimento de morte e outros, encontram-se associados a quadros de dor crônica. Portanto, os quadros de dor apresentam-se muitas vezes relacionados ao estado depressivo, ansiedade e insatisfação. Neste contexto, é na idade avançada que a doença atinge os índices mais elevados de morbidade e mortalidade, na medida em que assume formas incomuns, muitas vezes difíceis de tratar e principalmente diagnosticar.

Ademais a literatura aponta o impacto da dor nas atividades diárias e a influência dos altos níveis de inabilidade funcional, na maior fragilidade e níveis aumentados de patologias, sobretudo nos pacientes idosos (GOLD, 2000). Neste contexto, percebe-se a necessidade de verificar inter-relações dessas co-morbidades, as quais constituem problema de saúde pública que necessita ser mensurado, avaliado e devidamente tratado pelos profissionais de saúde, minimizando assim, a morbidade e melhorando sua qualidade de vida.

Diante do exposto, este estudo se propôs averiguar o impacto da dor na saúde auto referida em idosos de uma instituição de longa permanência no Nordeste brasileiro.

## Metodologia

Trata-se de uma pesquisa do tipo quantitativa, aplicando questionário semi estruturado, realizada em uma instituição de longa permanência para idosos do Município de Fortaleza – Ceará, no Nordeste brasileiro. Esta instituição é filantrópica destinada a oferecer abrigo, assistência médica e social a idosos carentes. No momento da pesquisa asilava 210 idosos dos quais aproximadamente 80 estavam acamados.

Obedecendo aos critérios de inclusão, participaram idosos de 60 anos ou mais, de ambos os sexos, residentes na instituição, aptos a responderem o questionário e que se dispusera a participar da pesquisa.

# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

A coleta dos dados foi dividida em dois momentos, o primeiro através de um levantamento de dados sócio-demográficos e o segundo, por meio da avaliação da dor, seguindo a Escala Visual Analógica (EVA). Nesta escala é possível avaliar a intensidade da dor, medida pelos idosos. Isto, porque a EVA consiste de uma régua numerada de 0 a 10, cuja extremidade inicial (0) indica “ausência de dor” e determina nos intervalos de numerações: de 1 a 3, dor leve; 4 a 6, dor moderada; e, de 7 a 10, dor intensa (BRASIL e PEREIRA PONDÉ, 2009). Neste contexto, avaliar a dor por meio de uma escala facilita recolher a informação, contribuindo com a tomada de decisões do profissional, favorecendo cuidado atento as necessidades do paciente (BOTEGA e FONTANA, 2010).

Os dados coletados foram organizados e computados estatisticamente por meio do Software “Statistical Package for Social Science” – SPSS versão 15.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza sob Protocolo nº 11.553, conforme dita a norma nº 466/12 do Concelho Nacional de Saúde para pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados e Discussão

Participaram da pesquisa 92 idosos, cuja idade variou de 61 a 89 anos, tendo em média 74,02 anos (DP± 7, 542). Não houve predominância na frequência dos sexos (50% em cada gênero). Dentre os idosos da instituição (n=92) a prevalência da dor foi de 45,7%. Na Tabela 1 observa-se a frequência de intensidade da dor categorizada em leve, moderada e intensa ou severa e sua relação com estado de saúde atual. Foi detectada significância estatística no que concerne a intensidade da dor em relação ao fato da saúde atual está excelente, razoável ou ruim (0,027).

TABELA 1 . Intensidade da dor (n=42) e estado da saúde atual dentre os idosos pesquisados (n=92). Fortaleza-Ceará, 2014.

Variáveis	Intensidade da dor categorizada						Total %		Valor de p*
	1 a 3 = leve; 4 a 6 = moderada; 7 a 10 = intensa								
Sexo									0,786
Masculino	3	7,1	5	11,9	10	23,8	18	42,9	
Feminino	3	7,1	9	21,4	12	28,6	24	57,1	
Total	6	14,2	14	33,3	22	52,4	42	100,0	
Saúde atual									0,027*
Excelente	3	7,1	5	11,9	4	9,5	12	28,6	
Razoável	2	4,8	9	21,4	10	23,8	21	50,0	
Ruim	1	2,4	--	--	8	19,0	9	21,4	
Total	6	14,3	14	33,3	22	52,4	42	100,0	

\*Teste de Fisher

Considerando a participação de gênero nesta pesquisa, o resultado encontrado diverge de estudos que demonstram uma maior prevalência de idosos do sexo feminino residentes nesse tipo de instituição (RAUEN, MOREIRA, CALVO ET AL.2008; VALENÇA E ANDRADE; ARAÚJO, CEOLIM 2007).

Um grande percentual de idosos relatou a presença de dor na última semana [42(45,7%)], o que representou 47,6% daqueles que relataram dor e 21,7% dentre o total de idosos da instituição, participantes da pesquisa.

Verifica-se, pela Tabela, na análise isolada referente aos 42 (100,0%) idosos citando a Intensidade da dor comparada com a saúde atual excelente que apenas 18,2% deles apresentaram dor intensa, enquanto para aqueles com saúde razoável ou ruim o percentual sobre esta variável foi de 45,4% e 36,4% respectivamente (p=0,027).

Vale mencionar a pesquisa realizada por Brasil e Pondé (2009) na qual demonstra que a intensidade da dor, medida pela Escala Analógica Visual de Dor, foi relatada por 9,3% idosos referindo dor leve (1 a 3), 27,8% dor moderada (4 a 6) e 57,4% relatavam dor intensa (7 a 10). Os autores enfatizam que a dor intensa, em relação à dor ausente/leve/moderada, foi mais frequentemente referida pelos pacientes que tinham sintomas ansiosos, depressivos e entre os que tinham ao mesmo tempo os sintomas referidos, cuja significância estatística foi de  $p \leq 0,05$ .

Recentemente, resultados de uma pesquisa de coorte realizada na Alemanha por Denkinger et al (2014), também utilizando medidas pela Escala Analógica Visual, constataram que dor em vários locais, frequência e severidade da dor foram os melhores



preditores de depressão em uma população de idosos vivendo na comunidade. Quando realizaram análise controlando os fatores de confusão relevantes, a intensidade da dor foi a única dimensão que permaneceu significativamente associada.

Ao olhar para a relação entre gênero e frequência de depressão os resultados demonstram não ter havido significância estatística ( $p=0,402$ ), embora ressaltem que a dor na última semana tenha sido mais observada em mulheres (57,1%). Neste contexto, resultados de outras pesquisas indicam que o gênero foi associado significativamente com a dor, ou seja, as mulheres mais velhas eram mais propensas para relatar dor do que os homens.

Abdulla et al. (2013) em revisão sistemática sobre prevalência de dor em homens e mulheres, constataram que na grande maioria dos estudos as mulheres tiveram uma prevalência mais elevada do que os homens. Dos 41 estudos pesquisados apenas um relatou maior prevalência em homens e em três não foi observada diferença entre os sexos. Os autores consideram que o pobre controle da dor tem sido consistentemente identificado como um problema para os idosos e seus cuidadores em ambientes hospitalares e como fator limitante da vida e que pode desencadear uma espiral de dependência e depressão. Estes achados também estão em consonância com estudos menos recentes, como os de Dellaroza (2000), Martinez (2004), Jakobsson (2004), Chou e Chi, (2005), dentre outros.

Na lição de Bottega e Fontana (2010) as intervenções para alívio da dor fazem parte do cuidado. Para tanto, técnicas que visem avaliar a dor podem ser utilizadas para cuidar de forma humanizada e, medidas diagnósticas inovadoras constituem estratégias de suporte que contribuem para a atenção às necessidades básicas do indivíduo doente. Neste contexto, torna-se fundamental compreender o seu significado avaliativo em relação a dor e ampliar o campo de saberes acerca da importância de sua mensuração.

Embora seja de responsabilidade de toda a equipe de saúde, a avaliação da dor deve fazer parte mais ativamente das atividades concernente a equipe de enfermagem que passa mais tempo com o paciente, além de assegurar-lhe um cuidado humanizado. Neste sentido, avaliar a dor e empenhar medidas para seu alívio, proporcionando conforto e bem estar, pode ser considerado como dispositivos capazes de promover a saúde durante a internação hospitalar ou em cuidados domiciliares (BOTTEGA; FONTANA, 2010).

## Conclusão

Os achados indicam que a dor está presente na maioria dos idosos demonstrando que sua Intensidade relaciona-se estatisticamente com a percepção da saúde atual em excelente, razoável ou ruim.

A elevada frequência de dor na população estudada remete à importância do planejamento, por parte de um programa de ações direcionadas à saúde da pessoa idosa, em particular, sobre os transtornos relativos à dor e suas consequências.

Conhecer características relativas à dor na população idosa não significa poder extrapolar os resultados para a população envelhecida em geral, mas pode configurar-se como uma contribuição para melhor conhecer este parâmetro, enquanto um problema epidemiológico relevante e sua possível correlação com outros aspectos relacionados à saúde da pessoa idosa.

## Referências

ABDULLA A. et al. Guidance on the management of pain in older people. **Age and Ageing**; v. 42: , p. i1–i57, 2013. doi: 10.1093/ageing/afs200.

ARAÚJO M.O.P.H., CEOLIM M.F. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**; v. 41, n. 3, p.378-85, 2007.

BLANK K, GRUMAN C, ROBISON J.T. Case-finding for depression in elderly people:balancing ease of administration with validity in varied treatment settings. **Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**; v. 59, p. 378-84, 2004.

BOTTEGA F.H; FONTANA R.T. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, n.19 v.2, p. 283-90, 2010.

BRASIL, I.S.P.S; PONDÉ M.P. Sintomas ansiosos e depressivos e sua correlação com intensidade da dor em pacientes com neuropatia periférica. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**; v. 31, n.1, p.24-31, 2009.

CACCIATORE, F. Morbidity patterns in aged population in Southern Italy: a survey sampling. **Arquivos de Gerontologia e Geriatria**; v. 26, p. 201-13, 1998.

CELICH, K.L.S; GALON, C. Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. **Revista Brasileira. Geriatria e Gerontologia**; v.12, n.3, p. 345-359, 2009.

CHOU K; CHI I. Reciprocal relationship between pain and depression in elderly Chinese primary care patients. **International Journal of Geriatric Psychiatry**; v.20, p. 945–952, 2005 .



# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

CLARKE A, ANTHONY G, GRAY D, JONES D, et al. "I feel so stupid because I can't give a proper answer. " How older adults describe chronic pain: a qualitative study. **BMC Geriatrics** 2012, 12:78.

COSTA E.H.M., SAINTRAIN M.V.L., VIEIRA A.P.G.F. Autopercepção da condição de saúde bucal em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Ciência & Saúde Coletiva**; v. 15, n. 6, p. 2925-2930, 2010.

DENKINGER MD, LUKAS A, NIKOLAUS T, PETER R, FRANKE S. Multisite pain, pain frequency and pain severity are associated with depression in older adults: results from the ActiFE Ulm study. **Age and Ageing** 2014; 0: 1–5 doi: 10.1093/ageing/afu013.

DELLAROZA, M.S.G. **Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos servidores municipais da Londrina–Pr** [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2000.

DELLAROZA, M.S.G; PIMENTA, C.A.M; MATSUO, T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.5, p.1151-1160, 2007.

DELLAROZA MSG, PIMENTA CAM, DUARTE YA, LEBRÃO ML. Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro; v. 29, n.2, p. 325-334, 2013.

DRAGO, S; MARTINS, R. A depressão no idoso. **Millenium**, v. 43 (jun/dezembro), p.79-94, 2012. EPPS, C.D. Recognizing pain in the institutionalized elder with dementia. **Geriatric Nursing**; v. 22, n.2, p.71-9, 2001.

GOLD, D.T; ROBERTO, K.A. Correlates and consequences of chronic pain in older adults. **Geriatric Nursing**; v.21, n. 5, p.270-3, 2000.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Sinótese do Censo Demográfico 2010**. Ministério do Planejamento e gestão, Brasil. 2011. Disponível em: C:\Documents and Settings\Administrador\Desktop\IBGE Censo 2010. mht. Acesso em 06.10.2013.

JAKOBSSON, R.N. Pain management among older people in need of help with activities of daily living. **Pain Management Nursing**; v.5, p.137-43, 2004.

KARSCH, U.M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Caderno Saúde Pública**; v. 19, p. 861-66, 2003.

LEITE, V.M.M; CARVALHO, E.M.F; BARRETO, K.M.L; FALCÃO, I.V. Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. V.6 n.1, 2006.

MARTINEZ, J.E; MACEDO, A.C; PINHEIRO, D.F.C. Perfil clínico e demográfico dos pacientes com dor MERSKEY, H; BOGDUK, N. **Classification of chronic pain**. 2nd ed. Seattle: IASP Press; 1994.

MORLEY JE. Clinical practice in nursing homes as a key for progress. IAGG/WHO/SFSGG Workshopp-june 4<sup>th</sup>&5<sup>th</sup>, 2010, Toulouse, France. **The journal of Nutrition, Health & Aging**; v. 14, n.7, p.586-93, 2010.

PARADELA, E.M.P; LOURENÇO, R.A; VERAS, R.P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Revista Saúde Pública**; v. 39, n.6, p. 918-923, 2005.

RAMOS, L.R; TONIOLO, N.J; CENDOROGLO, M.S; GARCIA, J.T; NAJAS, M.S; PERRACINI, M et al. Comorbidity of headaches and depression in the elderly. **Pain**; v.82, p. 239-43, 1998.

RAUEN, M.S; MOREIRA, E.A.M; CALVO, M.C.M; LOBO, A.S. Avaliação do estado nutricional de idosos institucionalizados. **Revista de Nutrição, Campinas**; v. 21, n. 3, p. 303-10, 2008.

REYNOLDS, C.F; FRANK, E; DEW, M.A; HOUCK, P.R; MILLER, M; MAZUMDAR, S; et al. Treatment of 70 years old with recurrent major depression. **American Journal of Geriatric Psychiatry**; v. 7, n. 1, p.64-91, 1999.

SALVETTI, M.G. ET AL. Auto-eficácia e sintomas depressivos em doentes com dor crônica. **Revista de Psiquiatria Clínica**; v. 34, n. 3, p. 111-117, 2007.

YESAVAGE J.A.O, BRINK T.L, ROSE T.L. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **J. Psychiat Res**. 1983;17:37-49.

VALENÇA J.M, ANDRADE K.L. Desnutrição associada à depressão em idosos hospitalizados. Malnutrition associated to depression in elderly inpatients. **Geriatrics & Gerontology**; v.5, n. 1, p.14-8, 2011

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

WORTZ, R. Pain – **Clinical updates** – Pain depression. Seattle: IASP Press; 1994.

## Agradecimentos

# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

À Funcap e Capes/Prosup pelo apoio financeiro e científico fornecido a elaboração deste trabalho, e aos funcionários e idosos Lar Torres de Melo pela atenção e colaboração.

## **IMPACTO DE UMA INTERVENÇÃO SOBRE O CONSUMO DE ALIMENTOS HIPERCALÓRICOS POR ESTUDANTES DO ENSINO FUNDAMENTAL.**

Vanessa Passos Oliveira – Universidade Federal do Piauí – van\_passos\_oliveira@hotmail.com

Sueli Maria Teixeira Lima – Universidade Federal do Piauí

Marize Melo dos Santos – Universidade Federal do Piauí

Palavras-chave: Escolares. Comportamento alimentar. Educação Nutricional.

### **Resumo**

Considerando a elevada prevalência de sobrepeso e obesidade, a presença de hábitos alimentares inadequados entre adolescentes e a importância destes no desenvolvimento de DCNT, o objetivo do presente estudo foi avaliar o impacto de uma intervenção sobre o consumo de alimentos hipercalóricos por estudantes do ensino fundamental. O estudo de intervenção de caráter quase-experimental foi realizado com adolescentes de 10 a 14 anos matriculados em escolas públicas de Teresina-PI. As sessões educativas foram realizadas uma vez por semana, sendo 03 sessões a cada tema trabalhado (conhecendo, cuidando e preparando os alimentos). O comportamento alimentar dos escolares foi avaliado segundo questionário específico. O projeto foi aprovado pelo CEP/UFPI em 16/05/2011. Com relação ao consumo de refrigerantes e sucos industrializados acima de três vezes por semana (55,6%) foi observado uma redução significativa (37,3%) após intervenção educativa. Verificou-se ainda, com relação ao consumo semanal de embutidos, que houve diminuição no consumo destes alimentos nas frequências de três e quatro ou mais vezes. Quanto ao consumo semanal de frituras e salgadinhos de pacote pelos adolescentes, este reduziu significativamente na frequência de quatro ou mais vezes após ação educativa. Observou-se a existência de associação entre a ação educativa e o consumo dos referidos alimentos ( $p < 0,001$ ). O programa de



# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

educação alimentar e nutricional avaliado neste estudo contribui de forma efetiva para a melhoria na qualidade do consumo alimentar dos escolares, evidenciando a necessidade da implementação destes no ensino fundamental.

## Introdução

O sobrepeso e a obesidade têm adquirido características epidêmicas em todo o mundo, com prevalências elevadas em todas as faixas etárias (BECK; LOPES; PITANGA, 2011). No Brasil, o excesso de peso em crianças e adolescentes apresenta valores ascendentes, chegando a 240% nos últimos 20 anos (FARIA et al., 2009), o que pode ser atribuído a mudanças no estilo de vida e nos hábitos alimentares.

Estudos sobre os padrões alimentares de crianças e adolescentes, realizados no Brasil, mostram elevado consumo de sucos industrializados, refrigerantes, alimentos ricos em açúcar e gordura, e baixo consumo de leite, frutas e hortaliças (CARMO et al., 2006; GARCIA; GAMBARDELLA; FRUTUOSO; 2003; SANTOS et al., 2005). Essas práticas alimentares são desfavoráveis, por estarem associadas ao aumento do risco de doenças crônicas não transmissíveis.

Neste aspecto, a investigação de práticas alimentares inadequadas é fundamental para o estabelecimento de estratégias de intervenção, com ações direcionadas aos indivíduos nos diferentes estágios da vida, visando à prevenção e ao controle das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), da desnutrição e das deficiências nutricionais específicas (BRASIL, 2006).

Considerando a elevada prevalência de sobrepeso e obesidade, a presença de hábitos alimentares inadequados entre adolescentes e a importância destes no desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, o objetivo do presente estudo foi avaliar o impacto de uma intervenção sobre o consumo de alimentos hipercalóricos por estudantes do ensino fundamental.

## Metodologia

O estudo de intervenção de caráter quase-experimental foi realizado com adolescentes, na faixa etária de 10 a 14 anos, de ambos os sexos, matriculados em escolas da rede pública municipal de Teresina-Piauí. No período letivo, de junho de 2011 à junho de 2012.

O cálculo amostral processou-se em etapas aleatorizadas. Na primeira etapa foram consideradas 302 escolas cadastradas na SEMEC, no ano de 2011, para definir os conglomerados, formados por diferentes escolas nas zonas distritais norte (70), sul (95), leste (84) e sudeste (53), dentre as quais realizou-se sorteio, resultando na definição do conglomerado da zona distrital Norte, que dentre as 70 escolas, apenas 28 tinham adolescentes na faixa etária do estudo. Na segunda etapa, procedeu-se o sorteio entre 28 escolas, resultando em três escolas na zona urbana. Optou-se por acrescentar mais uma escola, sendo esta localizada na zona rural, perfazendo quatro escolas sorteadas para a intervenção educativa. E finalmente, dentre as escolas mencionadas, foi sorteada uma turma de cada série, totalizando uma amostra de 134 alunos.

Os adolescentes e seus respectivos pais ou responsáveis foram informados sobre o estudo em reunião, onde assinaram o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE”. O estudo foi aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Piauí-UFPI (Protocolo 0076.0.045.000-11).

O programa de intervenção foi realizado em três etapas. Na primeira foi realizada uma avaliação diagnóstica, mediante aplicação um questionário de comportamento alimentar que avaliou a frequência de consumo dos alimentos, de acordo com as porções e grupos da Pirâmide Alimentar.

Em uma segunda etapa, foi realizada a intervenção educativa composta por 03 temas específicos - conhecimento, higiene e preparo dos alimentos, realizada em 09 sessões, sendo uma por semana. A terceira e última etapa teve por objetivo avaliar a eficácia da intervenção, com base nos conhecimentos adquiridos. Para esse fim, foi reaplicado o questionário de comportamento alimentar.

A eficácia da intervenção foi avaliada, com base no grau de melhoramento dos hábitos alimentares, no período da intervenção. Para este propósito, as variáveis foram avaliadas, comparando-se os valores antes e depois da intervenção.

Os dados foram processados e analisados utilizando o programa SPSS 16.0 para Windows, (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA). Realizou-se análise descritiva dos dados por meio de frequências e percentagens da ocorrência de cada evento. Verificou-se a associação das variáveis pelo teste Qui-quadrado ( $\chi^2$ ). Para todos os testes, considerou-se um nível de significância estatística de  $p < 0,05$ .

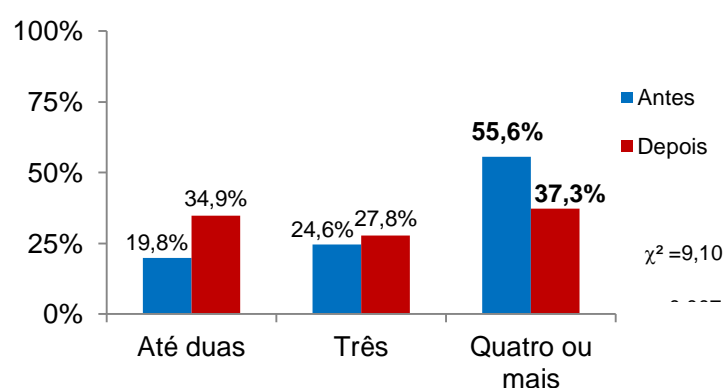
## Resultados e Discussão

O estudo foi conduzido em 126 escolares da rede pública municipal de ensino, dos quais 53,5% (n) eram do sexo masculino e 46,5% (n) feminino. As informações relativas ao impacto da ação educativa sobre o consumo de alimentos com elevado conteúdo calórico estão descritas nas Figuras 1 a 3.

O programa de educação nutricional desenvolvido nas escolas mostrou resultados significativos no que se refere à aquisição de práticas alimentares saudáveis entre os adolescentes. Estes resultados estão em consonância com aqueles encontrados por González-Jiménez e colaboradores (2013), tendo esses demonstrado que intervenções de educação em saúde nas escolas são uma forma eficaz de reduzir os níveis de sobrepeso e obesidade entre os adolescentes.

Com relação ao consumo de refrigerantes e sucos industrializados acima de três vezes por semana (55,6%), foi observado uma redução significativa (37,3%) após intervenção educativa. Houve associação entre a ação educativa e o consumo de refrigerantes e sucos industrializados ( $p=0,007$ ) (Figura 1).

**Figura 1. Consumo semanal de refrigerantes e sucos industrializados por escolares da rede pública municipal de ensino antes e após intervenção educativa. Teresina, 2013 (n=126).**

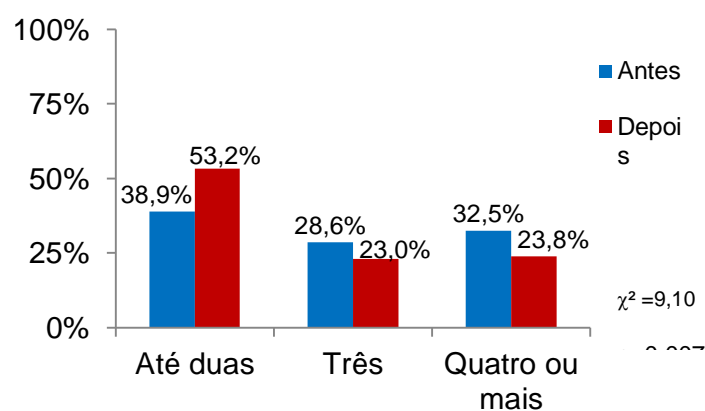


O consumo elevado de bebidas com adição de açúcar também foi relatado no estudo realizado por Estima et al. (2011). Este comportamento entre os escolares é preocupante devido ao elevado conteúdo calórico dos mesmos, o que pode contribuir para a obesidade (CARVALHO, 2006). Além disso, o alto consumo desses alimentos podem substituir e/ou reduzir o consumo de alimentos importantes para uma alimentação saudável (IBGE, 2011).

Verificou-se ainda, com relação ao consumo semanal de embutidos, que houve diminuição no consumo destes alimentos nas frequências de três e quatro ou mais vezes (Figura 2). No entanto, não foi observado associação entre o consumo destes alimentos e a intervenção educativa.

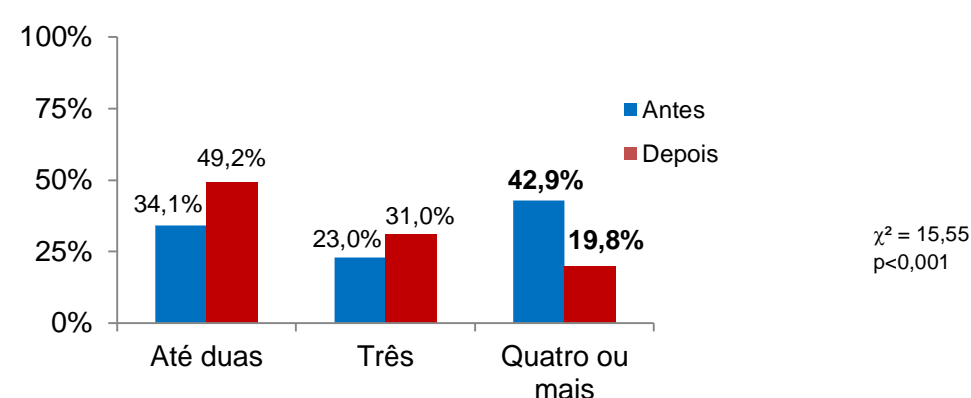
Segundo Diez-Garcia e Castro (2011), as mudanças no padrão alimentar são difíceis porque as práticas alimentares são reproduzidas diariamente, em diferentes contextos e situações ao longo do dia, ao qual também estão envolvidos, além do conhecimento sobre alimentação saudável, a disponibilidade no ambiente familiar, os amigos, o meio social, o custo e as preferências de cada adolescente.

**Figura 2. Consumo semanal de embutidos por adolescentes da rede pública municipal de ensino antes e após intervenção educativa. Teresina, 2013 (n=126).**



Constatou-se que, o consumo semanal de frituras e salgadinhos de pacote pelos adolescentes reduziu significativamente na frequência de quatro ou mais vezes após ação educativa (Figura 3). Observou-se a existência de associação entre a ação educativa e o consumo dos referidos alimentos ( $p < 0,001$ ).

**Figura 3. Consumo semanal de frituras e salgadinhos de pacote por adolescentes da rede pública municipal de ensino antes e após intervenção educativa. Teresina, 2013 (n=126).**



Os salgadinhos são alimentos processados com elevada concentração de sódio, gorduras saturadas e calorias, sendo que o consumo elevado destes nutrientes se constituem em importantes marcadores de má qualidade da alimentação (IBGE, 2011). Desta forma medidas educativas que visem à redução no consumo destes alimentos devem ser estimuladas, mesmo que estas ocorram em períodos de tempo reduzido, como na presente pesquisa.

Neste aspecto, a intervenção implementada foi positiva na melhoria dos hábitos alimentares, uma vez que reduziu o consumo de alimentos considerados marcadores negativos de qualidade da dieta, a exemplo dos refrigerantes, embutidos e salgadinhos de pacote, ficando evidenciado a necessidade da implementação de programas de educação alimentar no ensino fundamental, a fim de tornar os alunos conscientes e responsáveis por sua alimentação e saúde.

## Conclusão

O programa de educação alimentar e nutricional avaliado neste estudo contribui de forma efetiva para a melhoria na qualidade do consumo alimentar dos escolares, evidenciando a necessidade da implementação destes no ensino fundamental.

## Referências

BECK, C.C.; LOPES, A.S.; PITANGA, F.J.G. Indicadores antropométricos de sobrepeso e obesidade como preditores de alterações lipídicas em adolescentes. **Rev Paul Pediatr** 2011;29(1):46-53.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

CARMO MB, TORAL N, SILVA MV, SLATER B. Consumo de doces, refrigerantes e bebidas com adição de açúcar entre adolescentes da rede pública de ensino de Piracicaba, São Paulo. **Rev Bras Epidemiol**. 2006; 9(1):121-30.



CARVALHO, F. A. C. **O livro negro do açúcar**. Rio de Janeiro: Auto-edição, 2006.

DIEZ-GARCIA ,R.W.; CASTRO, I.R.R. A culinária como objeto de estudo e de intervenção no campo da Alimentação e Nutrição. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16(1), p. 91-98, 2011.

ESTIMA, C.C.P.; PHILIPPI, S.T.; ARAKI, E.L.; LEAL, G.V.S.; MARTINEZ, M.F. Consumo de bebidas e refrigerantes por adolescentes de uma escola pública. **Rev Paul Pediatr** 2011;29(1):41-5.

FARIA, E.R.; FRANCESCHINI, S.C.C.; PELUZIO, M.C.G.; SANT'ANA, L.F.R.; PRIORE, S.E. Correlação entre Variáveis de Composição Corporal e Metabólica em Adolescentes do Sexo Feminino. **Arq. Bras. Cardiol.**, 2009; 93(2) : 119-127.

GARCIA GCB, GAMBARDELLA AMD, FRUTUOSO MFP. Estado nutricional e consumo alimentar de adolescentes de um centro de juventude da cidade de São Paulo. **Rev Nutr.** 2003; 16(1):41-50. doi: 10.1590/S1415-52732003000100005.

GONZÁLEZ-JIMÉNEZ, E.; CAÑADAS, G.R.; FERNÁNDEZ-CASTILLO, R.; FUENTE, G.A.C. Analysis of the life-style and dietary habits of a population of adolescents. **Nutr Hosp.** 2013;28(6):1937-1942.

IBGE. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: Análise do consumo alimentar pessoal no Brasil**. Rio de Janeiro, 2011.

SANTOS, J.S.; COSTA, C.O.M.; SOBRINHO, C.L.N.; SILVA, M.C.M.; SOUZA, K.E.P.; MELO, B.O. Perfil antropométrico e consumo alimentar de adolescentes de Teixeira de Freitas, Bahia. **Rev Nutr.** 2005; 18(5):623-32. doi:10.1590/S1415-52732005000500005.

## Agradecimentos

Ao International Life Sciences Institute-Brasil (ILSI- Brasil), pelo apoio financeiro, à SEMEC - PI, as escolas participantes, aos pais e adolescentes pela oportunidade de desenvolver este estudo, e a Universidade Federal do Piauí.

## **IMPLANTAÇÃO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: TRANSFORMAÇÕES NO COTIDIANO DO TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Gabriela Assunção da Costa Mafra Souza (apresentador)- Universidade Federal do Rio Grande do Norte

[gabrielaeaj@hotmail.com](mailto:gabrielaeaj@hotmail.com)

Ana Clara Dantas de Souza – Universidade Federal de Campina Grande

Kézia Katiane Medeiros da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Milva Maria Figueiredo De Martino – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

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

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

Palavras-chave. Atenção psicossocial. Agente comunitário de Saúde. Estratégia de saúde da Família. Promoção da Saúde.

### **Resumo**

O presente estudo objetivou-se verificar se ocorreram mudanças no trabalho do Agente comunitário de saúde após a implantação do Centro de Atenção Psicossocial no município. A pesquisa foi realizada na cidade de Cuité, município no estado da Paraíba, localizado na microrregião do Curimataú. A cidade dispõe de nove Unidades Básicas de Saúde da Família, onde cinco destas são na zona urbana e quatro na zona rural. No entanto, para realização desta pesquisa foram selecionadas as unidades de saúde da família da zona urbana. Foram entrevistados dois Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em cada unidade de saúde da família, que totalizou dez sujeitos estudados. Constatou-se que os Agentes Comunitários de Saúde pesquisados demonstraram satisfação diante da implantação dos Centros de Atenção Psicossocial, além disso, observou-se que esses profissionais têm como foco principal a medicalização para o alívio do sofrimento das pessoas com transtornos mentais. Diante desses fatos percebe-se a necessidade de desenvolver práticas educativas com esses profissionais, pois um dos fatores que pode justificar essa medicalização no cuidado aos portadores de transtorno mental pelos ACS pode estar relacionado a não preparação desses profissionais para lidarem com pessoas portadoras de algum transtorno mental, o que acaba por dificultar o desenvolvimento de ações efetivas para a promoção da saúde das pessoas em sofrimento.

### **Introdução**

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) constituem uma estratégia significativa para lidar com pessoas em adoecimento mental,

que incluem em suas ações a participação e colaboração dos familiares, amigos e cuidadores dos usuários, por entendê-los como atores integrantes do processo. Utilizam-se como norteador das ações a reinserção do usuário na sociedade, com busca pela autonomia desse usuário, além de facilitar a superação dos desafios na vida das pessoas com transtornos mentais.

# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Os CAPS oferecem diversas atividades voltadas para os usuários e seus familiares, garantem o atendimento, o tratamento e o acompanhamento para promoção da inclusão social e o resgate da cidadania. Os agentes comunitários de saúde exercem papel fundamental para esses pacientes que sofrem transtornos mentais, pois são esses profissionais que fazem a busca ativa desses usuários inseridos nas áreas de atuação da Estratégia de Saúde da Família, onde normalmente estão inseridos.

## Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa. Foi realizada na cidade de Cuité, município no Estado da Paraíba, localizado na microrregião do Curimataú.

Os participantes do estudo foram os ACS que trabalham nas unidades de saúde da zona urbana, que se encaixavam nos critérios de inclusão. Foram entrevistados dois ACS de cada unidade de saúde da família, num total de 10 ACS. Foram utilizados como critérios: serem Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que trabalhassem na Unidade de Saúde da Família da zona urbana; ACS que concordassem em participar voluntariamente da pesquisa e assinassem previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); ACS que estivessem a mais de um ano na Unidade de Saúde da Família; ACS que trabalhassem na zona rural, ACS que não se incluíam nos critérios acima foram excluídos da pesquisa.

A coleta do material foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, com roteiro de perguntas abertas relacionadas às concepções dos ACS sobre o cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. Optou-se pela entrevista por permitir uma maior flexibilização das respostas e dessa forma melhor apropriação do fenômeno estudado.

As entrevistas foram realizadas na UBSF onde os ACS trabalhavam, porém, agendadas de acordo com a disponibilidade dos mesmos. Cada entrevistado assinou o TCLE, após leitura dos objetivos do estudo e garantia de anonimato, para isso foram criados pseudônimos.

As entrevistas foram gravadas com um gravador que permitiu a transcrição dos depoimentos na íntegra para posterior análise do material.

## Resultados e Discussão

Foram entrevistados 10 ACS, no qual apenas 1 (10%) tem o curso superior incompleto, 8 (80%) tem o ensino médio completo, e 1 (10%) o ensino fundamental completo. A média de atuação na ESF foi de 9 anos, com tempo entre 8 e 10 anos de trabalho.

Quando questionados se houve mudança no trabalho do ACS após a implantação do CAPS, 8 (80%) dos entrevistados confirmaram ter havido uma mudança significativa no seu trabalho com relação aos portadores de transtorno mental; 2 (20%) relataram não terem percebido nenhuma alteração.

Não. [...] os meus continuam sendo acompanhando da mesma forma [...] orientando boa parte pra ir pra o CAPS. Que é a mudança que teve em termos de geral foi essa. Que antes o posto acompanhava 100%, mas agora com o CAPS [...] deixou melhor pra eles. Porque lá vai ter um profissional já dedicado mesmo, só a exclusivo pra eles. (Rubi)

Houve! [...] uma atenção maior porque tem psiquiatra lá e ela faz o controle deles. Eles lá participam de oficinas, horta, tem lanche, eles cuidam das medicações para eles tomarem. Ai alivia nosso trabalho. Porque antes a gente fazia tudo pra eles, pegar receita, medicação (Turmalina)

Lopes (2008) afirma que o CAPS funciona como unidade de apoio para as equipes de saúde da família, viabiliza a prestação de uma melhor qualidade no atendimento às pessoas, que direciona para a integralidade da atenção. Segundo Delfini e Sato *et al* (2009), essa parceria consiste na responsabilidade compartilhada no cuidado dos casos de saúde mental da região, cujo objetivo é proporcionar um atendimento mais singularizado e personalizado.

A funcionalidade do CAPS foi deferida a partir da Portaria nº 336 de 2002, que define e estabelece diretrizes para o funcionamento desse serviço. Deve oferecer suporte em saúde mental na atenção básica; responsabilizar-se pela organização da demanda e a rede de cuidados; e também supervisionar e capacitar as equipes da atenção primária. Contudo, como aponta a legislação, deve buscar o estreitamento de laços entre o campo da saúde mental e a comunidade. (DELFINI; SATO, *et al.*, 2009)

Leão e Barros (2008) acrescentam que além da promoção da reabilitação psicossocial e a intervenção da doença mental, conforme a proposta da criação do CAPS é indispensável que apresente como preocupação primordial o contexto de vida – história, cultura, vida cotidiana - do sujeito; quando deixa de ter como meta a cura psicopatológica por meio da intervenção, e sim o exercício da contratualidade, para além das limitações impostas pelo sofrimento psíquico, de ordem biológica, social ou econômica.



# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Quando o entrevistado afirmou que não houve mudanças no seu trabalho com os portadores de transtorno mental, de sua área adscrita, percebe-se uma discreta contradição em sua fala, quando pontua sobre a alteração do atendimento. Porém, posteriormente, o mesmo afirmou que a implantação do CAPS trouxe benefícios para o acolhimento e tratamento dos usuários em sofrimento mental.

Percebe-se, também, na fala de um dos entrevistados, que este considera o serviço do CAPS como um facilitador para o seu trabalho em saúde mental, conforme o relato:

[...] É uma exigência deles, que a família se responsabilize pelo seu familiar deficiente. [...] acham que nós, agentes de saúde, além da visita domiciliar nós temos que levar o remédio prontinho.[...] pegar a receita, pegar o remédio e levar na porta. Mais graças a Deus foi tirado isso de nós (Onix).

É interessante observar que este entrevistado, expressa um certo alívio com a chegada no CAPS na cidade, pois, a função que ele tinha de distribuição de medicamentos deixou de ser sua responsabilidade. Mais uma vez é observado como o modelo centrado na doença ainda se encontra cristalizado em alguns profissionais, que muitas vezes leva a alienação do seu processo de trabalho como agente cuidador.

No entanto, constatou-se pelas falas dos entrevistados que a implantação do CAPS no município remeteu-se às Unidades de Saúde da Família como uma forma de transferência da responsabilidade do cuidado em saúde mental. Uma vez que a USF é a porta de entrada dos serviços da atenção primária, que deve fornecer ao CAPS informações, dos usuários em sofrimento mental referidos, sobre suas relações familiares e com a comunidade. Enquanto que o CAPS, unidade de apoio, é responsável por orientar sobre saúde mental, capacitar e discutir casos com a equipe da Atenção Primária (SILVESTRE, 2009).

De acordo com Lopes (2008), colocar-se diante do novo, principalmente quando este refere-se à vida das pessoas e dos acontecimentos que as envolvem, não é uma tarefa fácil; entretanto, é neste meio que é preciso estar, pois é aí que as coisas acontecem. Todavia é necessário que exista um fortalecimento do vínculo entre os usuários e suas famílias com as equipes dos serviços de saúde, sendo os ACS o principal canal de ligação entre a comunidade e o serviço; deve compartilhar do mesmo território que as famílias adscritas, o que favorece um maior contato e aproximação entre os mesmos. Dessa forma, contribuir para uma melhor assistência (DELFINE; SATO *et al.*, 2009)

A presença do ACS é indiscutível no processo de interlocução entre a UBS e o CAPS. De acordo com Lopes e Souza (2009) o ACS deve estar articulado com a promoção à saúde que busca defender a vida e, com o cuidado em saúde mental, que busca reduzir internações psiquiátricas, gerando uma subjetividade cidadã e livre.

É importante destacar que os entrevistados relataram ter sentido receio ao visitar a casa de alguns dos seus clientes portadores de transtorno psíquico, por encontrá-los, algumas vezes, em crise. Porém, isso antes da implantação do CAPS, mas atualmente, com o funcionamento deste, percebeu-se na fala e no semblante dos entrevistados um sinal de tranquilidade:

[...] eles agora estão mais controlados, sem dar tanto ataque. Tomam direitinho a medicação. Valeu a pena! (Topázio)

[...] antes eles não tomavam eram mais agressivos [...]” (Esmeralda).

O discurso mais uma vez tem como foco principal a medicalização para o alívio do sofrimento. Um dos fatores que pode justificar essa cristalização da medicação no cuidado aos portadores de transtorno mental pelos ACS, pode ser relacionado a não preparação desses profissionais para lidarem com questões relativas à saúde mental, o que acaba por dificultar o desenvolvimento de ações realmente voltadas para a promoção da saúde das pessoas em sofrimento.

## Conclusão

Percebe-se que a maioria dos ACS entrevistados reconhecem a relevância da implantação do CAPS nos municípios para melhoria da assistência aos usuários que sofrem transtornos mentais, além do apoio que esses centros fornecem para as equipes de saúde da família, viabilizando a prestação de uma melhor qualidade no atendimento às pessoas, onde os CAPS buscam a reabilitação psicossocial por meio do resgate da subjetividade desses usuários.

Pode-se destacar também por meio desse estudo a necessidade do desenvolvimento de práticas educativas para os ACS, práticas essas voltadas para preparação destes profissionais para lidar com questões relativas à saúde mental, com foco no entendimento da importância dos CAPS para integralização dos cuidados com esses usuários.

## Referências

# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

DELFINI, P. S. de S.; SATO, M. T.; ANTONELI, P. de P.; GUIMARÃES, P. O. da S. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2009. Cap. 14.p. 1483-1492. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v14s1/a21v14s1.pdf>> (Acessado em março de 2013).

LOPES, A. M. P. Agentes Comunitários de Saúde na Construção da Reforma Psiquiátrica Comunitária. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. Florianópolis, 2008. V. 2, n.4-5, p.28 – 46. Disponível em: <<http://www.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1102/1261>> (Acessado em março de 2013).

LOPES, D. M. Q. **Prazer, sofrimento e estratégias defensivas dos agentes comunitários de saúde no trabalho**. Dissertação de mestrado. Santa Maria/RS, 2009. Disponível em: <[http://cascavel.cpd.ufsm.br/tede/tde\\_arquivos/33/TDE20100401T143839Z2536/Publico/LOPES,%20DENISE%20MARIA%20QUATRIN.pdf](http://cascavel.cpd.ufsm.br/tede/tde_arquivos/33/TDE20100401T143839Z2536/Publico/LOPES,%20DENISE%20MARIA%20QUATRIN.pdf)> (Acessado em março de 2013)

SILVESTRE, J. Integração dos CAPS com a Atenção Básica. Maio, 2009. Baseado e adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. **Um outro olhar: Manual Audiovisual sobre Centro de Atenção Psicossocial e Saúde Mental na Atenção Básica**. 2007. Disponível em: <[http://artigos.psicologado.com/psicopatologia/saude-mental/integracao-dos-caps\\_com-a-atencao-basica](http://artigos.psicologado.com/psicopatologia/saude-mental/integracao-dos-caps_com-a-atencao-basica)> (Acessado em março de 2013).

## Agradecimentos

Nossos agradecimentos aos Agentes Comunitários de Saúde que contribuíram com essa pesquisa.





# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

## IMPORTÂNCIA DE ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NAS ESCOLAS DE SOBRAL – CE PROMOVIDAS PELO PET SAÚDE REDES DE ATENÇÃO.

Layane Gleice Marques Porto - Discente da Universidade Estadual Vale do Acaraú- [layanegleice@hotmail.com](mailto:layanegleice@hotmail.com)

Antonio Cleano Mesquita Vasconcelos-Discente da Universidade Estadual Vale do Acaraú

Lamara Nogueira Araújo -Discente da Universidade Estadual Vale do Acaraú

João Henrique Vasconcelos Cavalcante – Orientador/Docente da Universidade Estadual Vale do Acaraú

*Palavras-chave: Educação em Saúde. Escolas.*

### Resumo

O seguinte estudo fala da importância da Educação em Saúde realizada com a comunidade. Nesse contexto ela contribuirá na promoção da saúde e prevenção de doenças dando mais autonomia a população em realizar atitudes saudáveis. Para isso é necessário que seja feita de maneira adequada, diferente do modelo antigo de imposição dos saberes científicos, e em contraproposta torná-la mais participativa através da valorização dos saberes populares assim fomentar uma Educação em Saúde dentro da realidade do público abordado para assim gerar familiarização com o que está sendo trabalhado e consequentemente, gerar uma aprendizagem significativa. Trata-se de um relato de intervenções realizadas no Projeto PET Saúde Redes de Atenção onde foram realizadas tais atividades utilizando tecnologias leves em saúde abordando vários temas que implicam na saúde coletiva em forma de diversas oficinas na qual cada um fica livre para decidir qual ou quais poderia participar. Os temas foram de acordo com os agravantes na saúde na atualidade tais como álcool e o trânsito, sexo seguro, gravidez na adolescência, drogas, dentre vários outros. Enfatizando as relações interpessoais de comunicação onde cada indivíduo tinha autonomia pra se expressar e utilizar de suas experiências na construção dos debates. Foi uma atividade aberta a comunidade em geral, e que teve predominância do público infantil talvez por ser em escola, mais mesmo sendo um público difícil para se trabalhar temas de saúde alguns um tanto polêmicos, foi de extrema importância na construção de sujeitos conscientes nas questões de saúde.

### Introdução

No contexto atual da Saúde Coletiva, sabemos que a Educação em Saúde é uma das melhores formas de evitar futuros agravos na saúde da população, contribuindo positivamente para manutenção da mesma. A Educação em Saúde pode ser compreendida como um conjunto de saberes e práticas voltadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde (SILVA et al., 2007). Entende-se também como quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde (CANDEIAS, 1997). É o saber que orienta nos difíceis caminhos, cheios de armadilhas, da ação pedagógica voltada para a apuração do sentir, pensar, agir dos setores subalternos para a construção de uma sociedade fundada na solidariedade, justiça e participação de todos (VASCONCELOS, 2004). Muitos agravos à saúde se dão por conta de hábitos inadequados e por falta de troca de informações e saberes realmente eficazes entre os profissionais e a comunidade e assim, não gera uma aprendizagem significativa em saúde. A Educação Popular em Saúde busca trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação, de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. É uma estratégia de construção da participação popular no redirecionamento da vida social (VASCONCELOS, 2004). Realizar essas atividades se torna uma tarefa complexa, pois para que haja de fato uma aprendizagem significativa e consequentemente uma Educação em saúde, é necessário planejar e executar atividades que de fato sejam dentro do contexto dos problemas abordados e inseridos na realidade do público, para que assim haja de fato uma familiarização com o que está sendo trabalhado em relação a realidade deste determinado público e de tal modo ver no que tudo aquilo implica em seu modo de vida. Assim, faz-se necessárias ações mais bem elaboradas e direcionadas à população através de contato direto com a comunidade capaz de promover essa educação de maneira eficaz. O presente estudo trata de atividades realizadas no projeto PET Saúde Redes de Atenção em escolas do município de Sobral, Ceará, visando realizar intervenções de Educação em Saúde para a população em geral e que essas ações sejam eficazes na promoção da saúde dessa população. Sobre o PET Saúde ou Programa Educação pelo Trabalho na Saúde é um projeto do Ministério de Saúde que vinculado aos cursos da saúde de instituições de ensino superior disponibiliza bolsas de pesquisa-ação para discentes, docentes e outros profissionais realizarem atividades. Dentre algumas versões do projeto está o PET Saúde redes de Atenção o qual é um dos vinculados a Universidade Estadual Vale do Acaraú em Sobral, Ceará, sendo este composto por quatro Redes de Atenção à Saúde sendo elas a Rede de Atenção às Urgências e Emergências; Rede Cegonha; Rede de Atenção às Pessoas com Deficiência e a Rede de Atenção Psicossocial que tem o enfoque também na prevenção ao uso de drogas. Além de suas intervenções divididas entre as redes há atividades integradas como é o caso dessas realizadas nas escolas.

# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

## Metodologia

Durante o mês de agosto de 2014, em dois sábados foram realizadas atividades nas escolas da rede pública: Jarbas Passarinho e Padre Osvaldo Chaves. Sendo estas atividades voltadas para comunidade de modo geral. Foram realizadas atividades de cunho educativo como círculos de cultura, dinâmicas educativas, vídeos, slides e outros materiais de tecnologia leve em saúde com o intuito de contribuir significativamente nos seus conhecimentos sobre os temas trabalhados. O enfoque foi trazer cada tema abordado para dentro da realidade dos participantes de modo a promover uma aprendizagem significativa por parte do público que por sua vez tinha autonomia para se expressar, relatar suas experiências dentro das oficinas e assim se tornando protagonistas na atividade, tal qual devem ser com relação a promoção de sua saúde. As atividades foram realizadas através de oficinas e tratando dos mais variados temas relacionados a agravos na saúde sendo eles: álcool e o trânsito, sexo seguro, gravidez na adolescência, drogas, dentre vários outros. Cada grupo ou rede de atenção do projeto ficava responsável por um determinado tema e em cima do mesmo desenvolvia a atividade, ficando a critério do público escolher qual gostaria de participar. Também foram realizados sorteios de sextas básicas e produtos de higiene pessoal para estimular o cuidado ao corpo e enriquecer a intervenção. Dessa forma o conjunto dessas atividades na articulação entre as Redes de Atenção do projeto tornou tudo isso em um evento que trata a Educação em Saúde de forma mais integralizada, reunindo diversos temas, utilizando diversas metodologias, aplicadas em diversas atividades diferenciadas em si, mais com os mesmos princípios e objetivos, que é promover Educação em Saúde na comunidade e gerar uma aprendizagem significativa em torno do que está sendo trabalhado, que não por acaso, são problemas na sociedade capazes de gerar agravantes na saúde da população.

## Resultados e Discussão

Embora as atividades houvesse a predominância do público infantil, sendo com eles mais difícil abordar temas da saúde coletiva, por alguns serem um tanto polêmicos, as atividades foram muito bem aceitas pelo público que participou das dinâmicas, dos debates, sempre mostrando compreensão e interação com os temas trabalhados. Percebeu-se que com essas atividades o público conseguiu de fato compreender os temas trabalhados participando dos debates mostrando aprendizagem significativa no que foi trabalhado, assim foi cumprida a proposta das atividades de forma satisfatória. Considerando que a educação em saúde está relacionada à aprendizagem, desenhada para alcançar a saúde, torna-se necessário que esta seja voltada a atender a população de acordo com sua realidade. Isto porque a educação em saúde deve provocar conflito nos indivíduos, criando oportunidade da pessoa pensar e repensar a sua cultura, e ele próprio transformar a sua realidade (OLIVEIRA et al., 2004). Desse modo, conseguiu-se acrescentar, e até modificar algumas concepções inadequadas de atitudes saudáveis, mais sem desconsiderar a cultura, o contexto dos sujeitos abordados, pois os mesmos detêm conhecimentos que não devem ser desconsiderados, pois fazem parte de sua construção social. O processo educativo lida-se com histórias de vida, um conjunto de crenças e valores, a própria subjetividade do sujeito que requer soluções sustentadas sócio-culturalmente (GAZZINELLI, 2005). A Educação em Saúde vem para acrescentar conhecimentos preexistentes e não impor um determinado conhecimento ou saber sem se quer consultar o que aquele cidadão já conhece e, ou até já conviveu com determinada situação a qual estivesse sendo abordada na intervenção e assim, o tornar mais consciente e responsável pela prática de atitudes saudáveis, adquirindo assim mais autonomia no autocuidado à saúde. Neste cenário se evidencia a importância de articular as ações de educação em saúde como elemento produtor de um saber coletivo que traduz no indivíduo sua autonomia e emancipação para o cuidar de si, da família e do seu entorno (MACHADO et al., 2007). Percebe-se que a educação em saúde deve, portanto, partir de uma necessária articulação entre representações sociais e experiência da doença (GAZZINELLI, 2005).

## Conclusão

As atividades do PET nas escolas foram de grande importância para a comunidade, pois proporciona uma Educação em Saúde eficaz, capaz de reduzir agravos e promover a saúde nos territórios abordados em tais atividades. Dessa forma, o conceito de educação em saúde está ancorado no conceito de promoção da saúde, que trata de processos que abrangem a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob o risco de adoecer (MACHADO et al., 2007). Supõe-se que indivíduos conscientes sejam capazes de se responsabilizar pela sua própria saúde, não apenas no sentido da sua capacidade para tomar decisões responsáveis quanto à saúde pessoal, mas, também, em relação à sua competência para articular intervenções no ambiente que resultem na manutenção da sua saúde (OLIVEIRA, 2005). Além do fato de gerar debates e formando novos ou aprimorando outros conhecimentos dentro do contexto dos participantes, tais atividades os profissionais de saúde mantêm uma proximidade com a população e assim pode mais facilmente estabelecer um vínculo, através da comunicação que é algo prezado na nova forma de promover Educação em Saúde.

## Referências

# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

CANDEIAS, N. M. F. **Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais.** *Rev. Saúde Pública.* vol.31, n.2, p.209-213. 1997.

CECCIM, R. B. **Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde.** *Ciênc. saúde coletiva.* vol.10, n.4, p.975-986. 2005.

GAZZINELLI, M. F. **Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença.** *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro, Vol. 21, n.1 p.200-206, 2005.

KRUSCHEWSKY, J.E., et al. **Experiências Pedagógicas De Educação Popular Em Saúde: A Pedagogia Tradicional Versus A Problematicador.** *Rev.Saúde.Com.* Vol. 4, n.2, p.160-161. 2008.

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

OLIVEIRA, D.L. **A 'NOVA' SAÚDE PÚBLICA E A PROMOÇÃO DA SAÚDE VIA EDUCAÇÃO: ENTRE A TRADIÇÃO E A INOVAÇÃO.** *Rev Latino-am Enfermagem.* Vol. 13, n.3, p.423-31, 2005.

OLIVEIRA, H. M., GONÇALVES, M. J, F. **EDUCAÇÃO EM SAÚDE: uma experiência transformadora.** *Rev. Bras. Enferm,* Brasília (DF); Vol. 57,n.6, p.761-3, 2004.

SILVA, S. E. D., et al. **A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO UMA ESTRATÉGIA PARA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO ALCOOLISMO.** *Esc Anna Nery. Rev. Enferm.* Vol. 11, n.4, p.699 - 705. 2007.

VASCONCELOS, E. M. **Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde.** *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, Vol.14 n.1 p.67- 83, 2004.

## Agradecimento

Universidade Estadual Vale do Acaraú, instituição de ensino superior que nos tornou pesquisadores. PET Saúde Redes de Atenção que promoveu e financiou tais intervenções fomentando produções científicas e também a direção das escolas que nos abriu as portas para a realização das ações.

## HISTÓRIA EVOLUTIVA DA HANSENÍASE

Samara Silva Ribeiro samararibeiro1900@hotmail.com

Angélica de Fatima Borges Fernandes

Maria Nizete Sampaio Herculano

Verônica Nogueira do Nascimento

Maria Jeane Alencar Tavares



Cícero Magérbio Gomes Torres, Dr

Palavras-chave: Hanseníase. Evolução Histórica. Saúde Pública.

## Resumo

A hanseníase, nos tempos atuais ainda constitui um problema de saúde pública, em especial no Brasil, além das características pertencentes, a patologia traz também, como fator socioeconômico associado, além dos prejuízos causados pela doença, portanto, podem-se relacionar as incapacidades físicas advinda do processo da enfermidade, e, ainda é fator psicológico. Conhecer a evolução histórica da hanseníase, e resgatar a origem, em como a cultura transcende a cada civilização que ao longo de sua trajetória transformou a sociedade. Essa pesquisa objetiva narrar à evolução da hanseníase, bem como enfrentar os seus problemas, além de discutir as formas, tratamento e prevenções. O estudo foi bibliográfico com abordagem exploratória tendo como período de realização nos meses de maio a junho do ano de 2013. Os dados foram coletados através de livros, sites e artigos científicos. Com relação ao processo histórico da hanseníase, não se tem muitas alterações em relação a sua evolução, tendo em vista que ainda trás preocupações relevantes as redes públicas de saúde, devido ao controle da doença seguida do preconceito.

## Introdução

Citadas nas passagens bíblicas, a hanseníase é uma doença de origem muito antiga, tendo em vista que naquela época não se tinha conhecimento sobre a cura definitiva da enfermidade (BRASIL, 2009a). Sendo algo temido, não foi o suficiente para a descoberta de um tratamento eficaz e profilaxia que combatesse a sua transmissão. Contudo ainda é recente a descoberta das medicações, relatado no final do século passado. Visto que a enfermidades tenha origem milenar, é considerada, possivelmente, a prevalência da hanseníase nos dias de hoje devido esse fator (BRASIL, 2009b). Na idade média a igreja católica taxava de impuros os portadores da doença, visto que era tido com castigo pelos pecados cometidos, durante essa trajetória os portadores pela lepra sofria preconceitos, estigmas, exclusão social, falta de conhecimento da evolução da doença e respectivo tratamento, além de enfrentar a dor de levar consigo a enfermidade (BRASIL 2009c). Ainda sendo um problema de saúde pública no Brasil, além de trazer agregado a ela fatores agravantes semelhantes a qualquer doença de origem socioeconômica (BRASIL, 2006). Tendo seu habitat intracelular o bacilo de Hansen, age eficazmente nas células nervosas que proporciona a neutralização funcional dos nervos acometidos, levando a ressecamento da pele, ulcerações, surgimento de feridas, perdas autonômicas sensitivas, quedas de pelos e até mesmo paralisia de membros (BRASIL, 2009c). Cada sequela varia com o comprometimento do nervo afetado. Verificando a preocupação que esta patologia ainda instiga a sociedade, o estudo interroga como se deu a evolução da hanseníase até os dias atuais. Investigando, ainda, as principais formas de tratamento e prevenção da doença. A problemática é confrontar diversos autores que atribuam considerações relacionadas à evolução da hanseníase, partindo da origem até a atualidade. Com intuito de contribuir para o relevante conhecimento da enfermagem sobre a hanseníase é que se têm interesse em pesquisa com ênfase no tema apresentado. É importante fazer um relato evolutivo passando por diversas linhas de pensamento tendo como foco central a enfermidade, visto que há séculos atormenta várias civilizações. É buscando descobrir relatos sobre a história da hanseníase que esse trabalho contribuirá para enfatizar linhas de pensamentos diversificados ou até mesmo convergentes em determinados pontos, que contribuirá para realçar o conhecimento de uma doença presente ainda nos dias atuais.

## Metodologia

A metodologia faz parte dos elementos essenciais da pesquisa, visto que norteia o caminho a ser seguido pelo pesquisador para atingir seus objetivos. O presente estudo traz como embasamento metodológico características bibliográficas e uma abordagem qualitativa. Segundo Leopardi (2005, p.68) “a pesquisa bibliográfica é conduzida através de relatos de livros, clássicos, artigos e outros”. Os dados foram coletados através de livros, sites e depoimentos. A coleta e análise de dados, fez-se a partir da pesquisa bibliográficas através de fontes de respaldo científico como: LILACS, SCIELO, Bireme, livros de autores renomados como Maciel (2010) e Robbins e Cotran (2005) e Manuais de saúde do Ministério da Saúde. Na pesquisa qualitativa conceberam-se análises mais profundas em relação ao fenômeno que está sendo estudada a abordagem qualitativa visa destacar características não observadas, por meios de estudos quantitativos, haja vista a superficialidade deste ultima (BEUREN et al., 2010 p. 92).

## Resultados e Discussão

# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

A evolução histórica da hanseníase apresenta um contexto sobre o surgimento da patologia, desde a antiguidade até a atualidade, enfatizando como era apresentada em cada época em aspecto geral. O conteúdo apresentado no desenvolvimento desta pesquisa deixa clara a diversidade de formas como enfermidade foi vista em momentos e situações diversificadas bem como relatos de suas consequências físicas, sociais e emocionais. Minha inquietação advém que a patologia é conhecida de longos tempos, possui tratamento poliquimioterápico ambulatorial disponível na atualidade é regido por programas nacionais estruturados que preveem o envolvimento de gestores, serviços de atenção básica e sociedade em geral, no entanto, faz muitas vítimas. E vítimas também do preconceito. Sendo a hanseníase considerada um problema de saúde pública mundial, em especial o Brasil, é favorável o conhecimento sobre o diagnóstico, tratamento e prevenção, pois contribui para redução dos índices doença. E contribui fundamental na educação dos profissionais de saúde que são multiplicadores do combate a enfermidade.

## Conclusão

Para fins de conclusão parte do princípio que apesar de ser uma enfermidade de origem remota na história da humanidade é constituída no contexto mundial, como sendo um problema de saúde pública, com características biopsicossociais. Contudo, apesar dos esforços exaustivos das políticas de saúde dentre elas a promoção da saúde e das campanhas educativas, há que se caracterizar, ainda, a permanência dessa enfermidade inesgotável. Este estudo trouxe a origem e a evolução da hanseníase atendendo ao conhecimento da textualidade por cada fonte pesquisada, enfatizando, também, todas as possibilidades que envolvem essa patologia, além das questões de tratamento, como também trabalhos de formas mais humana com cada pessoa doente. Observa-se no decorrer da história que ainda são presentes atitudes desumanas, com relação ao combate definitivo da enfermidade, bem como o tratamento e o atendimento prestativo ao portador. O presente estudo espera contribuir para os profissionais de saúde e os gestores municipais ao passo que ao expor, a evolução da hanseníase, oferta dados para a elaboração de uma assistência de saúde de qualidade e humana, focando holisticamente o paciente, tratando não somente a doença, como também a pessoa presente, carente de atenção e com direitos aprovados pela Organização Mundial de Saúde.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância em saúde**: caderno de atenção básica nº 21. Brasília, DF, 2009a.

BRASIL. **Manual de prevenção de incapacidades**: caderno de prevenção e reabilitação em hanseníase nº 1. Brasília, DF, 2009b

.

BRASIL. **Revista brasileira de enfermagem**: Hanseníase vol.61, 2009c.

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

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

## Agradecimentos

O DEUS QUE SEMPRE ME GUIA PELOS SEUS CAMINHOS COM AMOR E CARINHO.





## INCENTIVO AO ALEITAMENTO HUMANO NA VISITA PUERPERAL IMEDIATA NA MATERNIDADE: UMA EXPERIÊNCIA EXITOSA

Autor 1 (apresentador) – Karla Regina Barbosa de Lira - Universidade Federal de Alagoas, *Campus Arapiraca*-  
karl\_regina@hotmail.com

Autor 2 – Thamyres Queiroz de Lima - Universidade Federal de Alagoas, *Campus Arapiraca*

Autor 3 – Verônica dos Santos Nunes - Universidade Federal de Alagoas, *Campus Arapiraca*, Unidade Educacional de Palmeira dos Índios

Autor 4 – Eduardo Araujo Pinto – Universidade Federal de Alagoas; Secretaria Municipal de Saúde de Arapiraca

Autor 5 – Jussara Kelly Correia Santos – Secretaria Municipal de Saúde de Arapiraca

Autor 6 (Orientador) – Nirliane Ribeiro Barbosa - Universidade Federal de Alagoas, *Campus Arapiraca*-

Palavras-chave: Aleitamento materno. Educação em saúde. Alojamento Conjunto.

### Resumo

A prática do aleitamento materno está relacionada a fatores de ordem física, psicológica e social, sendo reconhecida a influência dos profissionais de saúde envolvidos neste processo, com isso o referente trabalho foi desenvolvido dentro da proposta da ação do PET Saúde Rede Cegonha em parceria uma Maternidade de risco habitual visando o incentivo e o cuidado no puerpério ainda no período de internação na Maternidade acerca do processo de Amamentação. Entendendo o aleitamento materno como um fator importante para o desenvolvimento do bebê, o objetivo deste é descrever a experiência vivenciada por integrantes do projeto de extensão relacionada ao incentivo e promoção do aleitamento materno, na busca pela melhoria do acesso e qualidade da assistência no pós-parto imediato, garantindo a efetivação da amamentação. A importância das orientações no puerpério imediato e da estimulação mais precoce possível do aleitamento materno consiste numa ação para ajudar as mães a praticarem a técnica de forma correta e indolor. Essa atividade de incentivo a amamentação foi prioritária nas visitas dentro da maternidade, consistindo numa atuação integradora e multiprofissional de promoção da saúde do binômio mãe-filho e empoderamento da mulher nesse processo único e especial. Conclui-se que as atividades realizadas na Maternidade pelos profissionais, estudantes e preceptores, contribuem com a melhoria da qualidade da assistência ao puerpério incentivando a amamentação e auxiliando no processo, uma vez que é imprescindível a formação de disseminadores dessas informações dentro da comunidade e na própria família.

### Introdução

A prática do aleitamento materno está relacionada a fatores de ordem física, psicológica e social, sendo reconhecida a influência dos profissionais de saúde envolvidos neste processo (BATISTA et al, 2013). Muitas vezes, esse processo é uma prática impregnada por valores, costumes e culturas dos familiares, tais como: leite fraco e insuficiente, uso de água e chá; por outro lado os profissionais de saúde que prescrevem o leite artificial ou referem ser o leite materno o melhor alimento e que “ela tem de amamentar”, sem levar em consideração sua experiência ou vivência.

De acordo com a Portaria MS/GM nº 1016 alojamento conjunto é um sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe, 24 horas por dia, num mesmo ambiente até a alta hospitalar. Tal sistema possibilita a prestação de todos os cuidados assistenciais, bem como a orientação à mãe sobre a saúde do binômio mãe e filho (MOREIRA, 1993). Essa Portaria traz orientações quanto às vantagens do aleitamento materno: estimular e motivar o aleitamento materno, de acordo com as necessidades da criança, tornando a amamentação mais fisiológica e natural; a amamentação precoce provoca a contração do útero e de seus vasos, atuando como profilaxia das hemorragias pós-parto; favorecer a precocidade, intensidade, assiduidade do aleitamento materno, e sua manutenção por tempo mais prolongado; fortalecer os laços afetivos entre mãe e filho, através do relacionamento precoce; permitir a observação constante do recém-nascido pela mãe, o que a faz conhecer melhor seu filho.

O puerpério é um período variável que pode corresponder ao intervalo de tempo desde o pós-parto imediato até as primeiras semanas após o parto. Dependendo deste intervalo de tempo o puerpério poderá ser classificado em puerpério imediato (1º ao 10º dia), puerpério tardio (10º ao 45º dia) e puerpério remoto (após o 45º dia) sendo fundamental para a saúde materna e neonatal (BRITTO, 2013). No contexto puerperal o principal enfoque assistencial é a educação e a orientação à saúde com o intuito de transmitir segurança e tranquilidade às mulheres que assumem seu papel de mãe. Contudo, requerem do profissional grande habilidade de comunicação, disponibilidade, monitoramento, avaliação e acolhimento (SANTOS, 2013).

# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

A Rede Cegonha é uma estratégia inovadora do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados às mulheres e às crianças uma assistência humanizada e de qualidade, que lhes permite vivenciar a experiência da gravidez, do parto e do nascimento com segurança, dignidade e beleza. Os profissionais de saúde são coadjuvantes desta experiência e desempenham importante papel. Têm a oportunidade de colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos (BRASIL, 2011).

Nessa perspectiva ingressa o Programa de Educação Tutorial (PET) Rede Cegonha, considerando que o PET consiste num programa que espera fomentar a formação de profissionais de nível superior, nas diversas áreas do conhecimento, dotados de elevados padrões científicos, técnicos, éticos e com responsabilidade social, que sejam capazes de uma atuação no sentido da transformação da realidade nacional (BRASIL, 2006).

Desse modo, este relato tem como objetivo descrever a experiência vivenciada por integrantes do PET Rede Cegonha relacionada ao incentivo e promoção do aleitamento materno, na busca pela melhoria do acesso e qualidade da assistência no pós-parto imediato, garantindo a efetivação da amamentação.

## Metodologia

O presente trabalho trata-se de estudo descritivo do tipo relato de experiência, realizado durante as atividades do PET (Programa de Educação Tutorial) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), no período de Novembro de 2013 à Janeiro de 2014, das 14:00 as 17:00 horas, em uma Maternidade de Risco Habitual, localizada no município de Arapiraca/AL.

A pesquisa descritiva expõe características de determinada população ou de determinado fenômeno. No entanto, não tem compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação (MORESI, 2003).

As atividades educativas foram proporcionadas graças à parceria do PET Saúde Rede Cegonha com a Maternidade local do estudo, desenvolvidas por um grupo composto por duas acadêmicas de enfermagem e duas de serviço social da UFAL, supervisionadas por dois preceptores, um enfermeiro e uma assistente social do município de Arapiraca, dirigida às puérperas que se encontravam internadas na maternidade, usuários do Sistema Único de Saúde. Realizou-se uma abordagem direta e de linguagem informal em cada Alojamento Conjunto, explicando questões como vantagens do aleitamento materno, boa pega, prevenção dos problemas mais comuns na amamentação (ingurgitamento mamário, fissura mamilar, mastite), cuidados e direitos do bebê, auxiliando, quando necessário, na execução da prática do aleitamento materno. Cada visita ao Alojamento Conjunto foi registrada em um diário de campo por cada acadêmica, desenvolvido pela coordenação do programa para acompanhar as atividades realizadas pelo grupo.

## Resultados e Discussão

Dentro da proposta da Rede Cegonha, foi desenvolvido em parceria com o município de Arapiraca, o PET Saúde e uma maternidade de risco habitual ações para incentivar o cuidado no puerpério ainda dentro da Maternidade com o binômio mãe-filho acerca do processo de Amamentação. Entende-se que devido às dificuldades na equipe dentro das maternidades, por vezes não é possível o acompanhamento do processo de amamentação em especial com as mães que apresentam alguma dificuldade nas primeiras horas ou dias.

A proposta de intervenção do PET foi garantir uma primeira visita a puérpera ainda em alojamento conjunto, visto que esse momento é um dos mais críticos para a efetivação do aleitamento. Essa fase puerperal é um momento crítico e de transição na vida das mulheres, marcada por modificações intensas e que estão presentes nas dimensões biológicas, psicológicas, comportamentais e socioculturais. Todos esses aspectos, individualmente ou sobrepostos, resultam em diferentes situações de vulnerabilidade para essas mulheres que vivenciam esse período (CABRAL; OLIVEIRA, 2010; PEREIRA; GRADIM, 2014).

Os estudantes e preceptores dos cursos de Enfermagem e Serviço Social promoveram dentro da visita esclarecimentos acerca dos direitos dos pais e das crianças, orientando sobre certidão de nascimento, acompanhamento das crianças na atenção Básica e principalmente na efetivação da amamentação ainda na Maternidade. Foi possível trabalhar com mães e suas crianças ensinando o manejo da amamentação e orientando como lidar com as dificuldades, o seguimento após a alta hospitalar no acompanhamento do puerpério, puericultura e sobre doação do leite materno. A experiência obteve muito êxito, no qual destacamos as mães que estavam com amamentação ineficaz e após a visita, uso de técnicas manuais e de orientação foi possível efetivar a amamentação com seus bebês.

Esse momento permitiu estabelecer vínculo entre a equipe do PET e profissionais numa relação positiva com as mães e seus bebês. Esse primeiro momento do aleitamento e o acompanhamento desse processo no puerpério imediato visam entre outras ações minimizar as causas mais importantes para o desmame precoce entre nutrízes, citadas na literatura como dores ao amamentar e problemas na mama. A postura, quando inadequada, torna-se incômoda, gera tensão muscular e interfere na lactação. Contudo, as causas de dor e desconforto nas mães podem e devem ser prevenidas (BENEDETTI, 2014).



# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Desse modo, a importância das orientações no puerpério imediato e da estimulação mais precoce possível do aleitamento materno consiste numa ação para ajudar as mães a praticarem a técnica de forma correta e indolor. Essa atividade de incentivo à amamentação foi prioritária nas visitas dentro da maternidade, consistindo numa atuação integradora e multiprofissional de promoção da saúde do binômio mãe-filho e empoderamento da mulher nesse processo único e especial.

## Conclusão

As atividades realizadas na Maternidade pelos profissionais, estudantes e preceptores, contribuíram com a melhoria da qualidade da assistência ao puerpério incentivando a amamentação e auxiliando no processo, uma vez que é imprescindível a formação de disseminadores dessas informações dentro da comunidade e na própria família, para que conheçam e se inteirem dos reais benefícios que a amamentação pode trazer, além de favorecer ao estabelecimento do vínculo mãe e bebê e a prática adequada do aleitamento humano. Por outro lado, a realização da atividade possibilitou colaborar com os(as) profissionais na Maternidade, ao mesmo tempo em que fortaleceu o trabalho exercido pelos profissionais da atenção Básica, ressaltando com isso a importância do elo entre a Unidade Básica de saúde e a Maternidade quanto ao incentivo do aleitamento materno exclusivo.

## Referências

BATISTA, K. R. A.; FARIAS, M. C. A. D.; MELO, W. S. N. Influência da assistência de enfermagem na prática da amamentação no puerpério imediato. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 130-138, jan./mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/15.pdf>.

BENEDETT, A; SILVA, IA; FERRAZ, L; OLIVEIRA, P; FRAGOSO, E; OURIQUE, J. A dor e desconforto na prática do aleitamento materno. **Cogitare Enferm**. 2014 Jan/Mar; 19(1):136-140.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual Prático para implementação da Rede Cegonha. s/d. 2011. Disponível em: [http://www.saude.ba.gov.br/images/Arquivos/rede\\_cegonha/MANUAIS/1.MANUAL\\_PRATICO\\_MS.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/images/Arquivos/rede_cegonha/MANUAIS/1.MANUAL_PRATICO_MS.pdf)

BRASIL. **Programa de Educação Tutorial-PET**. Manual de Orientações Básicas. Ministério da Educação/Secretaria de Educação Superior/Departamento de Modernização e Programas de Educação Superior/Coordenação Geral de Relações Acadêmicas de Graduação. Brasília, 2006. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=12228&Itemid=486](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12228&Itemid=486).

BRITTO, L. F. Orientação e Incentivo ao Aleitamento Materno na Assistência Pré-Natal e Puerperal: Uma Revisão de Literatura. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat.**, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 66-80, jan./mar. 2013. Disponível em: <http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/view/165/200>

CABRAL FB, OLIVEIRA DLLC. Vulnerabilidade de puérperas na visão de Equipes de Saúde da Família: ênfase em aspectos geracionais e adolescência. **Rev Esc Enferm USP**. 2010; 44(2):368-75.

MORESI, E. Metodologia da Pesquisa. **Universidade Católica de Brasília – UCB/Pró-Reitoria de Pós-Graduação – PRPG/PP** Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Gestão do Conhecimento e Tecnologia da Informação. Brasília – DF, Mar 2003.

MOREIRA, S. Normas Básicas para Alojamento Conjunto. **Ministério da Saúde**. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno/Grupo de Defesa da Saúde da Criança. Brasília, 1993.

PEREIRA MC, GRADIM CVC. Consulta puerperal: a visão do enfermeiro e da puérpera. **Cienc Cuid Saude** 2014 Jan/Mar; 13(1): 35-42.

SANTOS, K. C. R.; SILVA, M. L.; SILVA, E. F. Cuidado de Enfermagem na Promoção do Aleitamento Materno em Alojamento Conjunto: Um Relato de Experiência. **REAS**. 2013.



# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

## Agradecimentos

Nossos agradecimentos são direcionados primeiramente a direção da Maternidade Nossa Senhora de Fátima que nos possibilitou essa experiência junto ao Programa de Extensão PET Rede Cegonha ao ceder o espaço como campo de prática para nossas ações, as puérperas presentes em cada visita ao alojamento conjunto pela confiança concedida, e também por nos permitirem novas experiências enquanto profissionais e acadêmicas. Aos profissionais da referida instituição que nos acolheram calorosamente, e foram compreensivas e nos apoiavam em nossas intervenções. Enfim, somos gratos por poder vivenciar experiências como estas junto aos usuários e pacientes, as quais nos propiciam práticas enriquecedoras para nossa formação profissional.

**INCIDÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL EM IDOSOS ASSISTIDOS NO ESF DR. TARCÍSIO PINHEIRO TELES EM CRATO-CE.**

Ana Carolina Alves de Araújo – Faculdade Leão Sampaio e anaoab2010@hotmail.com

Luanne Martins Teixeira – Faculdade Leão Sampaio

Elizabeth Amábile Calixto Costa – Faculdade Leão Sampaio

Edige Felipe de Sousa Santos – Faculdade Leão Sampaio

Palavra-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica. Idosos. Fatores de risco. Prevenção.

**Resumo**

# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Atualmente, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é representada pela elevada incidência e sérias consequências determinando um dos mais importantes fatores para incapacidade e morte prematuras nas populações adultas do mundo civilizado. Diante desses fatos, essa pesquisa detectou a incidência da hipertensão arterial e os principais fatores determinantes. Foi relevante pois desvelou os principais fatores desse agravo e assim evitar a progressão da história natural da doença para o óbito. O objetivo consistiu em descrever a frequência com que a hipertensão arterial ocorre em idosos e identificou nos prontuários desses idosos quais as principais causas que predis põem essa patologia. A pesquisa é de abordagem quali-quantitativa e de natureza exploratória descritiva. Foi realizado no ESF Dr. Tarcísio Pinheiro Teles na cidade de Crato-CE. A amostra foi constituída pelos idosos entre 60 a 80 anos diagnosticados HAS e será aplicado como instrumento um formulário. Quanto aos fatores contribuintes para os portadores de hipertensão hereditária com 27% de predominância, Idade 23%, raça 2%, obesidade 2%, ingesta de sódio 14%, sedentarismo 9%, diabetes 7%, ingesta de gordura 9% e tabagismo 7%. A predominância de procura em manter o tratamento é das mulheres com 60%, sendo os homens com 40%. Na sintomatologia temos a cefaléia com 30%, Idade 23%, raça 2%, obesidade 2%, ingesta de sódio 14%, sedentarismo 9%, diabetes 7%, ingesta de gordura 9% e tabagismo 7%. Portanto, verifica-se a necessidade de explorar os métodos preventivos e utilização dos mesmos.

## Introdução

Segundo Guyton e Hall (2002), quando se diz que uma pessoa tem hipertensão (ou “pressão arterial alta”) isso significa que a pressão arterial média está acima da faixa superior aceita como normal. Aproximadamente uma de cada cinco pessoas antes do término de suas vidas, em geral, na meia idade ou na velhice apresenta esse tipo de patologia.

Para Brunner e Suddart (2005), a hipertensão é a pressão arterial sistólica superior a 140 mmHg e uma pressão diastólica maior que 90 mmHg durante um período sustentado, com base na média de duas ou mais mensurações da pressão arterial obtidas em dois ou mais contatos com o profissional de saúde.

Os profissionais de enfermagem devem atentar quanto aos níveis de hipertensão de seus clientes, assim poderão evitar possíveis situações de emergências, principalmente se os pacientes forem idosos. Essas alterações podem leva-los a um Acidente Vascular Cerebral (AVC).

De acordo com Costa (2011), o acidente vascular cerebral (AVC) é uma alteração da circulação cerebral que ocasiona um déficit transitório ou definitivo no funcionamento de uma ou mais partes do cérebro, podendo ser por meio isquêmico ou hemorrágico e resultando em perda da função neurológica.

Para Schmidt (2009), desde os anos 1970, estudos locais realizados em áreas diferentes do Brasil, empregando processos amostrais e critérios diagnósticos diversos, apresentaram frequências de hipertensão em adultos variando de 11,6% a 44,4%. Em estudo realizado em 17 capitais brasileiras e no Distrito Federal, entre 2002-2005, com indivíduos que relataram ter medido a pressão nos últimos dois anos, a frequência de hipertensão auto-referida variou de 18% a 29%.

No Brasil, em 2003, 27,4% dos óbitos foram decorrentes de doenças cardiovasculares, atingindo 37% quando são excluídos os óbitos por causas mal definidas e a violência. A principal causa de morte em todas as regiões do Brasil é o acidente vascular cerebral, acometendo as mulheres em maior proporção. (ESTEVEZ, 2006).

A hipertensão arterial representa atualmente, pela elevada incidência e pelas sérias consequências que determina um dos mais importantes fatores de incapacidade e de morte prematuras populações adultas do mundo civilizado.

O agrupamento do complexo de mecanismo que envolve o sistema nervoso, os rins e diversos mecanismos hormonais têm como uma função importante regular a pressão arterial de modo a manter valores constantes, evitando assim a hipertensão. É determinada pelo volume do sangue que sai do coração e a resistência que ele encontra para circular no corpo.

O Presente estudo foi realizado devido o interesse de entender sobre como a hipertensão e as suas formas, e desvantagens quando presentes no organismo humano. Além de servir como mais uma fonte de conhecimento para o meio científico e acadêmico, que constantemente está adquirindo conhecimentos.

O estudo foi de grande relevância entender os principais fatores de risco que acomete os idosos e assim evitar a morte as possíveis complicações ao atingir e manter a pressão arterial em 140x90 mmHg ou mais baixa. Onde de forma positiva podemos ajuda-los a entender também a respeito dessa patologia e como manter o controle da mesma.

A realização desse estudo contribuiu para que os idosos acometidos com essa patologia busquem melhores hábitos de vida, incluindo a atividade física e novos hábitos alimentares. Sendo também uma nova fonte de informações a respeito dessa temática para os moradores da comunidade onde foi realizado o estudo.

O objetivo geral consistiu em analisar as incidências da pressão arterial em idosos entre 60 a 80 anos no PSF Doutor Tarcísio Pinheiro Teles na cidade de Crato Ceará. Na primeira etapa descrevemos a frequência com que a hipertensão arterial ocorre em idosos. Na segunda etapa iremos predissermos o número de idosos entre 60 a 80 anos. Na terceira fase identificamos nos prontuários desses idosos quais as causas que predis põem essa patologia.



## Metodologia

Quanto ao tipo de pesquisa:

O presente estudo terá com característica quantitativa e qualitativa.

Marconi e Lakartos (2010) afirmam que na pesquisa quantitativa os pesquisadores valem-se de informações numéricas, através de levantamentos de dados e da análise estatística.

Segundo Marconi e Lakartos (2010), a pesquisa qualitativa é uma pesquisa indutiva, isto é, o pesquisador desenvolve conceitos, idéias e entendimentos a partir de padrões encontrados nos dados, ao invés de coletar dados para comprovar teorias, hipóteses e modelos pré-concebidos.

Quanto aos objetivos da pesquisa

O presente estudo será realizado de forma descritiva, onde esta engloba a pesquisa documental e de campo.

De acordo com Barros e Lehfel'd (2007) a pesquisa descritiva é aquela onde o pesquisador descreve o objeto d pesquisa. É nesse tipo de pesquisa que o pesquisador procura conhecer a frequência em que o fenômeno ocorre, qual a sua natureza, característica, causas, relações e conexões com outros fenômenos. Ainda de acordo com Barros e Lehfel'd (2007) a pesquisa descritiva abrange dois tipo de pesquisa: A pesquisa documental e/ou bibliográfica e de campo.

A pesquisa documental e/ou bibliográfica é aquela efetuada para tentar resolver um problema ou adquirir conhecimento. Esse conhecimento é adquirido pelas informações obtidas no material gráfico, sonoro e informatizadas. (Barros; Lehfel'd, 2007).

Segundo Barros e Lehfel'd (2007), para se realizar uma pesquisa documental é necessário ter um tema-problema; determinar hipóteses; fazer um levantamento bibliográfico; reunir sistematicamente os materiais obtidos em livros, periódicas, revistas científicas, etc e realizar os registros dos dados.

Pesquisa de campo é aquela onde o pesquisador assume o papel de observador e explorador, com isso o pesquisador vai ao local onde surgirão os fatos. Essa pesquisa é caracterizada principalmente pelo contato direto com o objeto de estudo. (Barros; Lehfel'd, 2007).

Local de realização da pesquisa e período

O local a ser realizada a pesquisa será no PSF Dr. Tarcísio Pinheiro Teles, localizado na avenida perimetral Dom Francisco de Assis na cidade do Crato.

O período da coleta de dados serão entre os meses de agosto a n de novembro 2013.

Sujeitos da pesquisa

A população da pesquisa serão os idosos com hipertensão no PSF Dr. Tarcísio Pinheiro Teles.

A amostra será constituída com os idosos entre 60 a 80 anos, que apresentam hipertensão arterial, no PSF Dr. Tarcísio Pinheiro Teles.

Instrumentos para a coleta de dados

Para a coleta de dados será aplicado um formulário.

Segundo Marconi e Lakartos (2010), o formulário permite o contato face a face entre o pesquisador e o informante e o roteiro de perguntas são preenchidos pelo próprio entrevistador, no momento da coleta.

## Resultados e Discussão

Os resultados colhidos possibilitam observar opiniões a respeito da hipertensão. A predominância de idade entre 60 à 65, 71 à 75 e 76 à 80 anos, tiveram a mesma incidência, totalizando uma porcentagem de 27 %. Sendo que de 66 à 70 anos tiveram um percentual de 20%. Isso nos revela que a hipertensão esta diminuída na faixa etária de 66 à 70 anos de idade.

Quanto a prevalência de sexo mostrou-se que a mulher sedia com 60% de presenças nas consultas e realização do tratamento da hipertensão. Sendo que o homem esta em baixa com apenas 40%, de presença na realização do tratamento e cuidado com a saúde, seguintes no gráfico 02. Dessa forma implica que tem que ser feita uma politica de conscientização por parte dos profissionais que compõem essa unidade, a fim de trazer o publico masculino para realização das consultas.

O estudo nos mostra que são contribuintes relevantes para o desenvolvimento ou o não controle da hipertensão, os seguintes fatores: hereditários, a idade, raça, obesidade, ingesta de sódio, etilismo, sedentarismo, diabetes ingesta de gordura e tabagismo. Sendo que a hereditariedade está com 27% de predominância na maioria dos portadores de hipertensão. Idade 23%, raça 2%,

# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

obesidade 2%, ingesta de sódio 14%, sedentarismo 9%, diabetes 7%, ingesta de gordura 9% e tabagismo 7%. Sendo os dados seguintes no gráfico 03 seguinte.

Observa-se que a hereditariedade, a idade e a ingesta de sódio são os principais fatores de contribuição para uma hipertensão arterial. Tendo que ser mantida de forma constante atividades educativas visando a prevenção dessa patologia.

A sintomatologia geralmente se dá das seguintes maneiras: cefaleia, inchaço dos membros inferiores (MMII), tontura, fadiga, irritabilidade, impotência sexual, taquicardia, sangramento nasal, falta de ar, dor no peito e trombose. Tendo a cefaleia com 30% presente na maioria dos sintomas, Idade 23%, raça 2%, obesidade 2%, ingesta de sódio 14%, sedentarismo 9%, diabetes 7%, ingesta de gordura 9% e tabagismo 7%.

A pesquisa teve significância pois mostra que os idosos entre 66 à 70 anos que foi de 20%, os quais estão controlando hipertensão. Esse resultado se dá devido os mesmos demonstraram estarem sempre tomando os medicamentos e realizando atividades físicas. Fatores de são de primordial importância para o controle da hipertensão.

A mulher é muito comprometida com suas atividades e responsabilidades. Nesse estudo podemos observar esse ponto, pois as mesmas são mais presentes na realização das consultas e cuidados com a questão de tomar os medicamentos no horário e seguirem a dieta estipulada pelos profissionais, apresentando resposta de 60% de aproveitamento no tratamento. Os homens não demonstram essa positividade, pois não seguem as orientações devidas passadas pelos profissionais de saúde, além de não estarem tomando a medicação nos horários devidos e tendo assim um resultado de 40%. Isso mostra que deve-se ter um cuidado em realizar palestras educativas e avaliações complementares desses clientes.

A hereditariedade mostrou-se como forma principal de predisposição para se ter a hipertensão, com 27%. Sendo mostrado também que a idade é um fator contribuinte para ser um portador dessa patologia, sendo o tocante de 23%. E por fim temos a ingesta de sódio com 18%. Um valor bastante significativo, pois é sugerido pelos profissionais uma dieta pobre em sódio. Mostrando que os mesmos não estão tendo hábitos alimentares corretamente.

A cefaleia é a principal sintomatologia que os clientes possuem, ela está com 30% de presença referida pelos mesmos. É de suma importância a orientação quanto às dores de cabeça, pois é sugestivo de uma possível hipertensão, levando em consideração os fatores predisponentes para a patologia em questão.

## Conclusão

Diante de toda a temática abordada no estudo. Verifica-se que a hipertensão é uma patologia na qual deve ser acompanhada com critérios de avaliação, promoção e prevenção. Levando em consideração os principais fatores de risco e sintomatologia apresentados pelos portadores.

Esses resultados poderão nos mostrar que a hipertensão pode e tem um controle se for tratada como realmente deve ser. Se os pacientes seguirem de forma responsável o seu papel, e seguindo as informações passadas pela equipe de saúde.

## Referências

BARALDI, Giovana S.; ALMEIDA, Laís C.; BORGES, Alda Cristina L. C. **Perda auditiva e hipertensão: achados em um grupo de idosos.** [www.scielo.br/scielo.php?script=](http://www.scielo.br/scielo.php?script=) Acesso em 12/04/2012.

BARROS, Idil Jesus da Silveira; LEHFELD, Neide Aparecida de Souza. A pesquisa e a iniciação científica. In \_\_\_\_\_ **Fundamentos da metodologia científica.** 3ª ed. São Paulo: Pearson Prehce Hall, 2007, pág 81 à 95.

CAMARANO, Ana Amélia. **Envelhecimento da População Brasileira.** [www.bancodeprofissionais.com/guiaidoso](http://www.bancodeprofissionais.com/guiaidoso). Acesso em 25/10/2011.

COSTA, Fabrícia Azevêdo da. Et al. **Severidade clínica e funcionalidade de pacientes hemiplégicos pós-AVC agudo atendidos nos serviços públicos de fisioterapia de Natal (RN).** UFRN, 2011.

ESTEVES, Jose Pericles. Et al. **V Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial.** Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2006.

# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

GUCCIONE, Andrew A. Implicações de uma população envelhecida para a reabilitação: Demografia, mortalidade e morbidade no idoso. In: \_\_\_\_\_ **Fisioterapia Geriátrica**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, pág. 3-15.

GUYTON, Arthur C. ; HALL, John E. Papel dominante dos Rins na regulação a longo prazo da pressão arterial a na hipertensão: O sistema integrado para o controle da pressão. In: \_\_\_\_\_ **Tratado de Fisiologia Médica**. 10ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, pág. 184-197.

HANSEL, Donna E. ; DINTZIS, Renee Z. O Coração. In: \_\_\_\_\_ **Fundamentos de Rubin Patologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, pág. 275-303.

**Hipertensão Arterial Sistêmica**. Ministério da Saúde – 2006.

**Instituto Brasileiro de Brasileiro de Geografia e Estatística**. [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acesso em 25/10/2011 as 10:38 horas.

JORGE, Maria Helena P. de Melo; LAURENTI, Ruy; COSTA, Maria Fernanda Lima; GOTLIELO, Sabina Lea Davidson; FILHO, Alexandre Dias Porto Chiavegatto. **A mortalidade de idosos no Brasil: a questão das causas mal definidas**. [www.scielo.iec.pa.gov.br](http://www.scielo.iec.pa.gov.br). Acesso em 12/04/2012.

JÚNIOR, Divaldo Pereira de Lyra; AMARAL, Renata Teixeira; VEUGA, Eugênia Velludo; CÁRNIO, Evelin Capellari; NOQUEIRA, Maria Suely; PELÁ, Irene Rosemir. **A farmoterapia do idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da Pressão Arterial Sistêmica**. [www.scielo.br/scielo.php](http://www.scielo.br/scielo.php). Acesso em 07/04/2012

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. Métodos qualitativos e quantitativos. In: \_\_\_\_\_. **Metodologia científica**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2005, pág. 195 á 213.

SMELTZER, Suzanne C. ; BARE, Brenda G. Histórico e Tratamento de pacientes com hipertensão. In: \_\_\_\_\_ Brunner e Suddart: **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Volume 2, 10ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, pág. 904-916.

## Agradecimentos

Agradecemos a Estratégia de Saúde da Família Dr. Tarcísio Pinheiro Teles por nos receber e aos idosos por nos dar a oportunidade da realização de trabalho.



## INFLUÊNCIA DO MÉTODO ISOSTRETCHING NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSAS SENESCENTES.

Marília Lopes Quinderé – Mestre em Ciências do Desporto (UTAD-Portugal) e-mail: mariliaquindere@hotmail.com

Liana Correia Pinto Botelho – Especialista em Saúde da Família (UECE)

Yana Campelo Fraga – Especialista em Saúde Pública (UECE)

Daniela Gardano Bucharles Mont'Alverne – Doutora em Pneumologia (FMUSP-SP), Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará

Paula Cristina Pereira Gonçalves e Álvaro – Doutora em Actividade Física e Desportiva em Didáticas Especiais pela Faculdade de Desporto da Universidade do Porto (U.PORTO), docente do curso de Medicina do Instituto Superior de Maia (ISMAI), Maia, Portugal.

*Palavras-Chave:* Envelhecimento. Qualidade de vida. Modalidades de fisioterapia. Terapia por exercício.

### Resumo

O presente estudo teve como objetivo analisar a influência do método *isostretching* na qualidade de vida de idosas senescentes. Trata-se de pesquisa de intervenção, comparativa, com abordagem quantitativa, desenvolvida com vinte idosas participantes do projeto Saúde na Praça, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família do município de Maranguape-CE. As participantes foram divididas aleatoriamente nos grupos *Isostretching* (GI) e Controle (GC). As voluntárias, avaliadas por meio do questionário de qualidade de vida SF-36 genérico, antes e após a última intervenção, foram submetidas a 16 atendimentos realizados duas vezes por semana, com duração de 60 minutos cada. Os dados foram analisados mediante o software SPSS *Inc, Chicago*, versão 15.0. Foi realizada a análise descritiva, por meio do cálculo da média e desvio padrão, e a inferencial, através do teste t para amostras emparelhadas, para as comparações intragrupos. O nível de significância em todos os testes foi mantido em 5% ( $p \leq 0,05$ ). Foram evidenciados aumentos estatisticamente significantes em alguns domínios do questionário de qualidade de vida SF-36 das idosas participantes do GI. Estes aumentos foram de 28% na capacidade funcional ( $p=0,012$ ), de 71,42% no aspecto físico ( $p=0,060$ ), de 112,44% no aspecto emocional ( $p=0,012$ ) e de 12,41% no coeficiente mental sumarizado ( $p=0,020$ ). Portanto, o método *isostretching*, realizado no período de oito semanas, apresentou influência estatisticamente significativa na qualidade de vida das idosas do estudo.

### Introdução

A qualidade de vida (QV) abrange muitos significados que refletem conhecimentos, experiências e valores vivenciados por indivíduos e coletividades em um contexto histórico, social e cultural distintos. Quando vista de forma mais focalizada, ou seja, relacionada à saúde (QVRS), coloca sua centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade (MINAYO, HARTZ, BUSS, 2000).

# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Quando nos referimos à saúde do idoso, a QV manifesta-se como uma questão grande relevância. Abordar esta temática, segundo Moura (2003), é sensibilizar a sociedade para a valorização integral do idoso e buscar avançar em direção à conquista de um envelhecimento bem sucedido, em que a autonomia e a independência são quesitos imprescindíveis.

Nesse contexto, a atividade física e o exercício físico tornam-se ferramentas fundamentais para promoção da saúde dessa população e estão associados à melhoria em vários aspectos da QVRS, tanto no bem-estar físico, através da manutenção da capacidade funcional e da redução dos efeitos deletérios do envelhecimento, como no bem-estar psicológico (GARATACHEA *et al*, 2009).

O método *isostretching* é uma modalidade de atividade física, desenvolvida na França, em 1974, por Bernard Redondo, também conhecida como Cinesioterapia do Equilíbrio. Este método atua no fortalecimento, por meio de contrações excêntricas, e no alongamento dos diversos grupos musculares, utilizando-se do autocrescimento, que tem função corretiva sobre as curvaturas fisiológicas da coluna, e do trabalho respiratório realizado durante todas as posturas (REDONDO, 2001).

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo foi analisar a influência do método *isostretching* na qualidade de vida de idosas senescentes.

## Metodologia

Trata-se de um estudo de intervenção, comparativo, com abordagem quantitativa, desenvolvido no Núcleo de Saúde Integral do município de Maranguape, no Estado do Ceará, no período compreendido entre junho e julho de 2013.

A população foi composta por idosas participantes do projeto “Saúde na Praça”, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do referido município. O grupo conta com a participação de trinta idosos, sendo vinte e oito mulheres e dois homens. Foram selecionadas para a pesquisa vinte (n=20) mulheres que foram randomizadas em dois grupos: Grupo Isostretching (GI) e Grupo Controle (GC).

Os dados referentes à divisão das voluntárias nos grupos bem como às médias de idade das participantes de cada grupo estão expostos na Tabela 1. O estudo foi realizado no Centro de Reabilitação do referido município, no período de junho e julho de 2013.

Participaram do estudo idosas na faixa etária dos 60 aos 70 anos, ativas, não fumantes, que não apresentaram nenhuma patologia de origem respiratória e/ou cardíaca e que concordaram com a sua participação mediante a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido. No referido termo estavam contidas todas as informações relativas à pesquisa, tais como a identificação dos objetivos do estudo, o esclarecimento sobre a participação voluntária e a inexistência de quaisquer custos ou riscos para a saúde ou integridade física das intervenientes. Do mesmo modo, foi assegurada a manutenção da confidencialidade dos dados e respectivo anonimato de todos os intervenientes na pesquisa. Foram excluídas do estudo oito idosas que já tinham sido submetidas ao método *isostretching* anteriormente, bem como às técnicas de Reeducação Postural Global (RPG) e de *Stretching* Global Ativo (SGA), por se tratarem de métodos semelhantes.

Após confirmarem sua participação na pesquisa, as voluntárias foram alocadas em um dos dois grupos, com randomização realizada em blocos de dois. Em cada envelope foi colocado um papel referente ao GI e ao GC. Cada duas idosas foram selecionadas e retiraram destes envelopes o grupo para o qual foram alocadas.

Em seguida, foi aplicado o questionário de qualidade de vida SF-36 genérico, que foi repetido após o último atendimento nos dois grupos (WARE; SHERBOURNE, 1992). O questionário *Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey* (SF-36) foi desenvolvido por Ware e Sherbourne em 1992 e traduzido e validado para a população brasileira por Ciconelli *et al* em 1997. Trata-se de um questionário multidimensional formado por 36 itens que abrangem oito domínios, tais como, capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental, podendo ser sintetizado em componentes mental e físico. Para todas as escalas e componentes, quanto maior a pontuação, maior a qualidade de vida percebida. A fiabilidade intra e inter observador deste instrumento foram mensuradas através da utilização do coeficiente de correlação de Pearson, sendo considerada significativa e altamente satisfatória para todas as suas dimensões (CICONELLI, 1997).

Após a primeira avaliação, as participantes foram orientadas quanto aos protocolos a serem efetuados nos seus respectivos grupos. As voluntárias do GI executaram dez exercícios simétricos com bola e bastão, nas posturas deitada, sentada e em pé. Foram escolhidos quatro exercícios na postura deitada, três exercícios na postura sentada e três na postura em pé que foram repetidos dez vezes cada um. O método foi realizado durante oito semanas, duas vezes por semana, totalizando dezesseis atendimentos com duração de sessenta minutos cada (UMEDA, 2006). Todos os atendimentos foram diretamente supervisionados a fim de orientar as participantes quanto ao posicionamento correto da pelve associado a um auto crescimento cefálico, a uma depressão das escápulas, a contrações isométricas de acordo com a posição dos exercícios e a uma expiração forçada e prolongada.

As participantes do GC foram orientadas, por meio de palestras educativas, duas vezes por semana, com duração de sessenta minutos, sobre a importância da atividade física e a utilização do método *isostretching* na melhoria da qualidade de vida e na redução dos efeitos deletérios do envelhecimento.

Os dados foram analisados a partir da estatística descritiva e inferencial, mediante o software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 15.0. A caracterização da amostra (idade, peso e altura), foi realizada por meio da estatística descritiva, calculando-se as medidas de tendência central (médias) e medidas de dispersão (desvio padrão). Para as comparações intragrupos do pré e pós-

# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

aplicação do método, foi utilizado o teste t para amostras emparelhadas. O nível de significância em todos os testes foi mantido em 5% ( $p \leq 0,05$ ). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza (parecer nº 323.475/2013).

## Resultados e Discussão

A amostra foi composta por vinte ( $n=20$ ) idosas senescentes, divididas igualmente nos grupos GI ( $n=10$ ) e GC ( $n=10$ ). O GI apresentou média de idade de  $71,5 \pm 7,6$  e o GC de  $76,6 \pm 4,6$ .

Os valores encontrados, referentes aos domínios do questionário de qualidade de vida SF-36, estão expostos abaixo (Tabela 1).

Tabela 1. Valores médios dos grupos quanto aos domínios do questionário de qualidade de vida SF-36. Maranguape-CE, 2013.

Domínios	Grupos	Média ± dp	Média ± dp	P
		Pré	Pós	
Capacidade Funcional	GI	53,57 ± 16,76	68,57 ± 15,19	0,012*
	GC	35,00 ± 10,60	30 ± 7,07	0,142
Aspecto Físico	GI	43,75 ± 41,72	75 ± 35,35	0,060*
	GC	40 ± 54,77	40 ± 54,77	1,000
Dor	GI	54,12 ± 22,15	58,12 ± 23,88	0,625
	GC	53,20 ± 19,49	46,80 ± 17,12	0,212
Estado Geral de Saúde	GI	61,14 ± 12,01	67,85 ± 16,39	0,111
	GC	53,20 ± 19,49	53,60 ± 22,31	0,845
Vitalidade	GI	64,37 ± 22,58	73,12 ± 13,07	0,358
	GC	61,00 ± 30,70	56,00 ± 26,78	0,189
Aspecto Social	GI	64,28 ± 20,95	75,00 ± 33,07	0,906
	GC	75,00 ± 23,38	55,00 ± 38,11	1,000
Aspecto Emocional	GI	38,10 ± 30,00	80,94 ± 32,54	0,012*
	GC	73,34 ± 43,46	60,00 ± 54,77	1,000
Saúde Mental	GI	69,00 ± 20,81	71,00 ± 24,44	0,407
	GC	69,60 ± 10,03	66,40 ± 16,14	1,000
Coeficiente Sumarizado Físico	GI	43,93 ± 4,78	46,38 ± 5,88	0,121
	GC	36,87 ± 6,20	37,99 ± 4,91	0,566



# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

*Diferença significativa							estatisticamente
	<b>Coeficiente Sumarizado</b>	<b>Mental</b>	GI	44,88 ± 6,78	50,45 ± 8,08	0,020*	
O método <i>isostretching</i> técnica postural, global um exercício físico de faz uso da contração alongamento para cadeias musculares do musculares são			GC	52,37 ± 7,19	47,28 ± 15,81	0,750	consiste em uma e ereta, considerada baixa intensidade, que isométrica e do trabalhar as diversas corpo. As cadeias formadas pela

organização dos músculos estáticos que representam dois terços dos músculos humanos. Esta organização ocorre através de superposições e de junções musculares por meio de aponeuroses. Daí se explica o motivo pelo qual quando ocorre uma atividade ou tensão de um grupo muscular, a consequência se faz em todo o conjunto das cadeias (REDONDO, 2001).

Nenhum estudo foi encontrado na literatura sobre a influência desse método na QV de idosas senescentes. O que se observa com constância é a relação positiva entre a atividade física e a QVRS.

Um estudo realizado por Mota *et al* (2006) comparou o nível de qualidade de vida entre idosos participantes de programas de atividade física e não participantes. Os autores encontraram diferenças estatisticamente significantes em ambos os grupos. O grupo que praticou a atividade física teve um desempenho superior em todos os domínios do questionário de qualidade de vida.

Vuillemin *et al* (2005) estudaram o efeito da atividade física moderada e vigorosa nos domínios do questionário de qualidade de vida SF-36 em uma larga amostra de adultos saudáveis franceses (2333 homens e 3321 mulheres). Os resultados encontrados evidenciaram que um alto nível de atividade física foi associado a um alto nível de QVRS em ambos os sexos, com aumentos em todos os domínios do questionário.

Lima *et al* (2011), por sua vez, realizaram um estudo transversal de base populacional que envolveu 1.958 idosos residentes no Estado de São Paulo, com o objetivo de analisar a associação de comportamentos saudáveis com a QVRS. A atividade física foi positivamente associada com os oito domínios do questionário SF-36. As maiores associações foram encontradas nos aspectos físicos, capacidade funcional e componente físico.

No presente estudo observamos que as idosas submetidas ao método *isostretching* apresentaram aumentos estatisticamente significativos em alguns domínios do questionário de qualidade de vida SF-36, tais como capacidade funcional, aspecto físico, aspecto emocional e coeficiente mental sumarizado. Acreditamos que, pelo fato do *isostretching* atuar dentro da globalidade, associando o fortalecimento e o alongamento muscular, este foi capaz de incrementar a capacidade funcional e o aspecto físico das idosas. Já no que diz respeito ao aspecto emocional, supomos que estas variáveis foram aumentadas em virtude de o método ser trabalhado em grupo, permitindo assim a interação e socialização do terapeuta e das voluntárias durante os atendimentos.

Quando analisamos o GC, observamos que este apresentou os piores resultados nos domínios do questionário de qualidade de vida, evidenciados pela redução da capacidade funcional, vitalidade, aspecto social, aspecto emocional, saúde mental e coeficiente mental sumarizado. Foram observados aumentos no coeficiente físico sumarizado, estado geral e dor e, quanto ao aspecto físico, este permaneceu com os mesmos valores da avaliação inicial.

## Conclusão

O método *isostretching*, realizado no período de oito semanas, apresentou influência estatisticamente significativa na qualidade de vida das idosas do estudo. Entretanto, sugerimos que novas pesquisas sejam realizadas, com uma amostra mais representativa de idosas senescentes, para que seja dada validade externa aos dados apresentados no presente estudo.

## Referências

CICONELLI, R.M. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida “Medical Outcomes Study-36 item Short Form Health Survey” (SF-36) [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina-UNIFESP; 1997.

GARATACHEA, N.; MOLINERO, O.; MARTÍNEZ-GARCÍA, R.; JIMÉNEZ-JIMÉNEZ, R.; GONZÁLEZ-GALLEGU, J.; MÁRQUEZ, S. Feelings of well being in elderly people: relationship to physical activity and physical function. Archives of Gerontology and Geriatrics, v.48, p.306-12, 2009.

# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.5, n.1, p.7-18, 2000.

MOURA, P.P.S. Prótese dentária: o resgate das potencialidades e da qualidade de vida percebida em mulheres idosas desdentadas [dissertação]. Fortaleza: Universidade de Fortaleza; 2003.

REDONDO, B. Isostretching: A ginástica da coluna. Rio de Janeiro: Skin Direct Store; 2001.

UMEDA, I.I.K. Manual de fisioterapia na reabilitação cardiovascular. São Paulo: Manole; 2006.

VUILLEMIN, A.; BOINI, S.; BERTRAIS, S.; TESSIER, S.; OPPERT, J.; HERCBERG, S.; GUILLEMIN, F.; M.D., BRIANÇON, S. Leisure time physical activity and health-related quality of life. *Preventive Medicine*, v.41, p.562-569, 2005.

WARE, J.E.; SHERBOURNE, C.D. The MOS 36 – item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*, v.30, p.473-83, 1992.

## INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA AVALIAR O *COPING* EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Leidiane Minervina Moraes de Sabino – Universidade Federal do Ceará – [leidinhamoraes@hotmail.com](mailto:leidinhamoraes@hotmail.com)

Cynthia Lima Sampaio – Universidade Federal do Ceará

Edmara Teixeira Oliveira – Universidade Federal do Ceará

Ana Paula Oliveira Queiroz – Universidade Federal do Ceará

Maria Dalva Santos Alves – Universidade Federal do Ceará

**Palavras-chave:** Enfermagem. Coping. Qualidade de vida.

### Resumo

O *coping* pode ser compreendido como estratégias de enfrentamento frente às dificuldades enfrentadas por profissionais, sendo vivenciado com frequência pelas pessoas que compõem a equipe de enfermagem. A pesquisa tem como objetivo evidenciar teses e dissertações que tragam instrumentos para avaliação do *coping* para profissionais de enfermagem. Trata-se de uma revisão bibliográfica, realizada no período de julho a setembro de 2013 a partir de pesquisa nos catálogos do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem, nos volumes publicados de 2001 a 2012. A seleção foi manual, mediante a leitura de títulos e resumos das dissertações e teses disponíveis. Após a realização da pesquisa, utilizaram-se sete teses/dissertações que tiveram como objeto de estudo, *coping* de profissionais de enfermagem, envolvendo a aplicação de instrumentos específicos. O instrumento mais utilizado foi Inventário de Estratégias de Lazarus e Folkman (1984) (42,86%), e os outros, Escala de *coping* religioso-espiritual, Escala de *coping* ocupacional, Inventário de estratégias de *coping* Jalowiec e entrevista, foram utilizados apenas uma vez (14,28%). Cada instrumento possui uma forma diferente de avaliar o *coping*, sendo importante conhecer cada um e assim poder direcionar adequadamente os objetivos da avaliação realizada.

### Introdução

Diante das dificuldades vivenciadas pelos profissionais de enfermagem no exercício laboral e da influência deste na qualidade de vida, o *coping* ocupacional desperta interesse em como mediar essa relação.

Alguns pesquisadores brasileiros utilizam expressões como “formas de lidar com”, “estratégias de conforto” ou enfrentamento, tradução para o português (STUMM *et al*, 2008), mas não há uma palavra na língua portuguesa que reflita o real significado.

Para a primeira linha de pesquisadores vinculados à psicologia, o estilo de *coping* utilizado pelos indivíduos era tido como estável, numa hierarquia de saúde *versus* psicopatologia. Posteriormente, construiu-se uma diferenciação entre mecanismos de defesa e os comportamentos associados ao *coping*, classificados como mais flexíveis e propositais (ANTONIAZZI, DELL’AGLIO e BANDEIRA, 1998).

Estilos de *coping* estão relacionados a características de personalidade do indivíduo, enquanto estratégias de *coping* referem-se a ações tomadas no curso de um episódio particular de estresse (DELL’AGLIO, 2000).



# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

A partir da década de 60, uma segunda geração de pesquisadores apontou para uma nova perspectiva com relação ao *coping*, passando a ser conceitualizado como um processo transacional entre a pessoa e ambiente, trazendo também a importância dos traços de personalidade. Uma terceira geração de pesquisadores se voltou com mais ênfase para as convergências entre *coping* e personalidade, já que fatores situacionais não são capazes de explicar toda a variação nas estratégias de *coping* utilizadas pelo indivíduo (ANTONIAZZI, DELL'AGLIO e BANDEIRA, 1998).

Essa visão mais recente engloba quatro conceitos principais: 1) *coping* é um processo ou uma interação que se dá entre o indivíduo e o ambiente, 2) sua função é administrar a situação estressora, e não controlá-la, 3) esse processo pressupõe a noção de avaliação para a verificação de percepção, interpretação e representação cognitiva do fenômeno, 4) o processo constitui-se em uma mobilização por meio da qual os indivíduos irão utilizar esforços cognitivos e comportamentais para administrar demandas internas e externas de sua relação com o ambiente (CAVALCANTE, 2012).

Portanto, *coping* é, numa perspectiva cognitivista, um conjunto de esforços utilizados pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas, que surgem em situações de estresse e são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo seus recursos pessoais. Considera-se que a resposta de *coping* é uma ação intencional, física ou mental, decorrente de uma situação de estresse, dirigida para fontes externas ou internas. Ele pode ser dividido em duas categorias funcionais: *coping* focalizado no problema e *coping* focalizado na emoção (LAZARUS e FOLKMAN, 1984).

O *coping* focalizado na emoção consiste num esforço para regular o estado emocional associado ao estresse ou é o resultado do evento estressante, como fumar, sair para correr, tomar um tranquilizante, reduzindo a sensação física desagradável com o intuito de mudar o estado emocional. Já o *coping* focalizado no problema é um esforço para agir na origem do estresse, quando é dirigido para uma fonte externa, consiste na negociação e mediação de conflitos, quando é dirigido internamente inclui reestruturação cognitiva, como redefinição do estressor (DELL'AGLIO, 2000).

Em situações laborais, nem sempre a estratégia que o trabalhador gostaria de tomar é possível no momento, pois muitas vezes ele não dispõe de meios, imediatamente, para agir com foco na emoção, ou sabe a causa estressora e como resolvê-la, mas a mediação foge do seu alcance ou autoridade.

Além disso, a escolha por uma estratégia de *coping* provém de um conjunto de experiências passadas, das circunstâncias atuais, das crenças, do estilo cognitivo e das habilidades de solução do problema que a pessoa vem a ter (MEDEIROS e PENICHE, 2006).

Assim, é importante considerar-se que o *stress* é uma realidade comum dentro das práticas do profissional de enfermagem, sendo importante ter meios de enfrentamento frente a essa situação. Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo evidenciar teses e dissertações que tragam instrumentos para avaliação do *coping* para profissionais de enfermagem.

## Metodologia

Trata-se de uma revisão bibliográfica. A pesquisa foi realizada pela busca nos catálogos do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEn), nos volumes publicados de 2001 a 2012. A seleção do material realizou-se mediante a leitura de títulos e resumos das dissertações e teses disponíveis, sendo identificadas aquelas com a temática de *coping* de profissionais de enfermagem. Assim, não foram utilizados descritores para a escolha dos estudos para a presente pesquisa. A pesquisa foi realizada no período de julho a setembro de 2013.

## Resultados e Discussão

Após a realização da pesquisa, evidenciou-se apenas 16 teses(T)/dissertações(D) que abordavam o *coping*, das quais sete tiveram, como objeto de estudo, *coping* de profissionais de enfermagem, envolvendo a aplicação de instrumentos específicos. Dessa forma, apenas 7 estudos enquadraram-se no objetivo da presente pesquisa. (Quadro 1).

Quadro 1. Teses (T)/dissertações(D) encontradas no CEPEn sobre avaliação do *coping* em profissionais de enfermagem, por meio de instrumentos.

Título	Autor, ano	Natureza	Instrumento	Nível
<i>Coping</i> religioso-espiritual em profissionais de enfermagem que atuam em unidades de urgência e emergência	Jesus, 2011	Quantitativa	Escala de <i>coping</i> religioso-espiritual (Escala CRE)	M
Estresse e <i>coping</i> entre auxiliares e técnicos de um	Stekel, 2011	Quantitativa	Inventário de Estratégias de	M

# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

hospital universitário			Lazarus e Folkman	
Estresse, <i>coping</i> e presenteísmo em enfermeiros hospitalares	Umann, 2011	Quantitativa	Escala de <i>coping</i> ocupacional	M
Stress e <i>coping</i> da equipe de enfermagem no cuidado à mulher com câncer de mama	Andolhe, 2009	Quantitativa	Inventário de estratégias de <i>coping</i> Jalowiec	M
<i>Burnout</i> e estilos de <i>coping</i> em enfermeiros que assistem pacientes oncológicos	Rodrigues, 2006	Quantitativa	Inventário de Estratégias de Lazarus e Folkman	D
Stress e <i>coping</i> entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica	Guido, 2003	Quantitativa	Inventário de Estratégias de Lazarus e Folkman	D
Estresse ocupacional e o mundo do trabalho atual: repercussões na vida cotidiana das enfermeiras de uma instituição hospitalar publica- Natal/RN	Medeiros, 2005	Qualitativa	Perguntas abertas e roteiro semi-estruturado	M

Fonte: CEPEn, 2001-2012.

Houve maior número de publicações em 2011 (42,86%), e 14,28% para 2009, 2006, 2005 e 2003. Mais de 70% das produções foram no nível de mestrado. Quase todas (85,71%) tiveram natureza quantitativa. O instrumento mais utilizado foi Inventário de Estratégias de Lazarus e Folkman (1984) (42,86%), e os outros, Escala de *coping* religioso-espiritual (Escala CRE), Escala de *coping* ocupacional, Inventário de estratégias de *coping* Jalowiec e entrevista, foram utilizados apenas uma vez (14,28%).

A Escala CRE é uma adaptação brasileira da escala RCOPE. Contém 96 itens, abrangendo 66 itens positivos (transformação de si e/ou da sua vida; ações em busca de apoio espiritual; oferta de ajuda ao outro; posicionamento positivo frente a Deus; busca pessoal de crescimento espiritual; ações em busca do outro institucional; busca pessoal de conhecimento espiritual; afastamento através de Deus, da religião e/ou espiritualidade) e 21 fatores negativos (reavaliação negativa de Deus; posicionamento negativo frente a Deus; reavaliação negativa do significado; insatisfação com o outro institucional) (PANZINI, 2004).

O Inventário de Estratégias de Lazarus e Folkman foi adaptado e validado para a realidade brasileira por Savóia, Santan e Mejias (1996), contém 66 itens, englobando pensamentos e ações que as pessoas possam utilizar para lidar com demandas internas e externas de um evento específico, além de questões “distraindo”, com o intuito de evitar tendência na resposta das questões. Essas estratégias se encontram dentro dos fatores: confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação da responsabilidade, fuga esquiva, resolução de problema e reavaliação positiva. Cada instrumento é composto por quatro opções de respostas: 0 (não uso da estratégia), 1 (usei um pouco), 2 (usei bastante), 3 (usei em grande quantidade).

A escala de *coping* ocupacional (ECO) desenvolvida por Latack foi traduzida e validada por Pinheiro, Troccóli e Tamayo (2003), mostrando característica psicométricas promissoras. A escala brasileira reforçou o modelo teórico que sustenta estilos gerais de *coping* envolvendo cognições e intenções de comportamentos de controle, de conteúdo escapista ou de manejo de sintomas, com índices de consistência interna satisfatórios e até superiores ao da escala original. Possui 29 itens, distribuídos em três fatores classificatórios: fator controle, fator esquiva, fator manejo de sintomas.

O Inventário de estratégias de *coping* Jalowiec foi criado a partir da Teoria Cognitiva de Lazarus e Folkman (1984) e utilizado, inicialmente, com pacientes cardíacos. Os itens que compõem os estilos de *coping* são: confrontivo, evasivo, otimista, fatalista, emotivo, paliativo, sustentativo, autoconfiante.

## Conclusão

A partir da pesquisa realizada foi possível conhecer as teses/dissertações que estão disponíveis no CEPEn acerca da temática de *coping* para profissionais de enfermagem, além de elencar os principais instrumentos específicos utilizados em busca de medir as estratégias de *coping* utilizadas.

Cada instrumento possui uma forma diferente de avaliar o coping, sendo importante conhecer cada um e assim poder direcionar adequadamente os objetivos da avaliação realizada. A importância em avaliar o *coping* baseia-se em conhecer as estratégias utilizadas para posteriores intervenções na saúde do trabalhador.

## Referências

ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de *coping*: uma revisão teórica. **Estud. psic.(Natal)**, Natal, v.3, n. 2, p. 273-294, 1998.

CAVALCANTE, M. Z. G. **Crescer através do sofrimento**: aquisição da resiliência e do *coping* no estresse do luto a velhice. 2. ed. São Paulo: Cia dos Livros, 2012. 138p.

DELL'AGLIO, D. D. **O processo de coping, institucionalização e eventos de vida em crianças e adolescentes**. 2000. 119f. Tese (Doutorado em Psicologia)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Rio Grande do Sul, 2000.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer Publishing Company; 1984.

MEDEIROS, V. C. C.; PENICHE, A. C. G. A influência da ansiedade nas estratégias de enfrentamento utilizadas no período pré-operatório. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 86-92, mar. 2006.

MOURA, M. J. C. **Para uma compreensão das estratégias de coping utilizadas por crianças com cancro e respectivas mães**. 2004. 160f. Dissertação (Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica)- Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, 2004.

PANZZINI, R. G. **Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE)**: tradução, adaptação e validação da escala RCOPE, abordando relações com a saúde e qualidade de vida. 2004. 238f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Rio Grande do Sul, 2004.

PINHEIRO, F. A.; TROCCÓLI, B. T.; TAMAYO, M. R. Mensuração de *coping* no ambiente ocupacional. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 19, n. 2, p. 153-158, mai./ago. 2003. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722003000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722003000200007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 set. 2012.

SAVÓIA, M. G.; SANTANA, P. R; MEJIAS, N. P. Adaptação do inventário de estratégias de *coping* de Folkman e Lazarus para o português. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 7, n. 1/2, p. 183-201, 1996.

STUMM, E. M. F. *et al.* Estressores e sintomas de estresse vivenciados por profissionais em um centro cirúrgico. **REME Rev. min. enferm.**, v. 12, n. 1, p. 54-66, jan./mar. 2008.

## Agradecimentos

Agradecemos ao empenho de todos os profissionais enfermeiros por dedicarem empenho e habilidades na arte do cuidar, sempre buscando a qualidade de vida do paciente.



## **INTEGRALIDADE DA SAÚDE DE JOVENS EM SITUAÇÃO DE RUA: UM DESAFIO PARA A SAÚDE PÚBLICA**

Autor 1 (Aglay Galvão Francelino) – UECE [aglaygalvao@gmail.com](mailto:aglaygalvao@gmail.com)

Autor 2 – Izabel Cristina Batista Chagas

# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Palavras-chave: Adolescência. Vulnerabilidade Situação de Rua. Promoção da Saúde.

## Resumo

**Introdução:** A adolescência é uma das fases mais desafiadoras, uma vez que envolve mudanças biopsicossociais. Para compreender o adolescente faz-se necessário uma aproximação com a sua realidade, avaliando suas particularidades em um dado momento histórico e cultural. **Objetivos:** promover uma reflexão sobre as condições de saúde dos adolescentes; Identificar as vulnerabilidades mais recorrentes entre jovens em situação de rua, argumentando sobre a necessidade de ações de promoção da saúde. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nos bancos de dados LILACS e SCIELO. O estudo foi realizado nos meses de junho e julho de 2014. Foram selecionados 13 artigos indexados pelos descritores: “vulnerabilidade”, “Adolescência”, “Situação de rua.” **Resultados e Discussão:** Os principais agravos relacionados à vulnerabilidade foram: doenças sexualmente transmissíveis, uso de substâncias psicoativas, gravidez precoce e violência sexual. As causas que justificam o abandono do lar estão relacionadas à alterações na relação familiar, violência doméstica, incluindo a sexual, uso de substâncias, dificuldades financeiras. A vivência nas ruas torna a saúde do adolescente um risco potencial para o desenvolvimento de outros agravos, como prostituição, tráfico e marginalização. Alcançar a integralidade da saúde em jovens em situação de rua é um desafio para a saúde pública e para os profissionais que atuam, principalmente, na saúde e na educação. **Conclusão:** Faz-se necessário que políticas públicas ofereçam condições adequadas e trabalhem no sentido de resolver/minimizar as situações de vulnerabilidade entre os jovens focando em ações de promoção da saúde.

## Introdução

A adolescência pode ser considerada uma das fases mais desafiadoras, uma vez que envolve mudanças nas dimensões biológica, psicológica e sociocultural. Para compreender o mundo do adolescente faz-se necessário uma aproximação com a realidade desse grupo, avaliando as particularidades e subjetividades presentes nessa faixa etária e as relações que estes desenvolvem com as diversas redes sociais em um dado momento histórico e cultural (SILVA et al, 2014).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) assegura direitos importantes para a manutenção da saúde, no entanto, percebe-se que muitos adolescentes vivenciam situações de vulnerabilidade quanto à saúde física e mental.

“Muitos destes direitos não saíram do papel o que potencializa as situações de vulnerabilidade e exclusão social sofridas por jovens com vivências de rua” (SCHWONKE , FONSECA E GOMES, 2009).

Ao refletir sobre as desigualdades sociais entre adolescentes destacamos que “experimentar a crise do adolecer no ambiente de rua pode fomentar e perpetuar condutas marginalizadas e o acesso ao uso e abuso de drogas, como forma de alívio às tensões impostas pelo meio social e pela própria fase de desenvolvimento”. (SCHWONKE , FONSECA E GOMES, 2009).

Diante do exposto, pretende-se promover uma reflexão sobre as condições de saúde dos adolescentes, identificando as vulnerabilidades enfrentadas por jovens em condição de rua e destacando a importância das ações de promoção da saúde.

## Metodologia

Trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter descritivo e exploratório. De acordo com Gil (2010) o estudo exploratório é desenvolvido no sentido de proporcionar uma visão geral acerca de determinado fato, dessa forma a referida pesquisa propôs avaliar as publicações que abordaram a temática vulnerabilidade entre jovem em situação de rua.

A pesquisa bibliográfica fundamenta-se nos conhecimentos existentes sobre um determinado assunto. Sua finalidade é colocar o pesquisador em contato com o que já se produziu e registrou a respeito de um tema de pesquisa (PÁDUA, 2009). Foram consultados os artigos da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando o banco de dados da SCIELO (Scientific Eletronic Library Online) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde ) através dos quais foi possível construir uma reflexão sobre a saúde dos adolescentes em condição de rua, no período de junho a julho de 2014.

Os descritores ou palavras-chaves utilizadas foram: “vulnerabilidade”, “Adolescência”, “Situação de rua”. Os artigos escritos no idioma português fizeram parte do critério de inclusão, sendo selecionados 9 estudos. Com base nos artigos selecionados a análise dos dados foi fundamentada na abordagem de Richardson (1999, p. 80), o qual menciona que “os estudos que empregam uma metodologia qualitativa podem descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais”.

## Resultados e Discussão

No Brasil, muitos jovens vivem em situações de risco, sem ter seus direitos fundamentais assegurados. Quando isso ocorre, as possibilidades de adoecimento mental e físico são proporcionalmente maiores, ainda mais quando se pensa naqueles que vivem em situação de rua. “A adolescência excluída, no Brasil é uma resposta a uma demanda da própria sociedade, a qual produz pobreza e desigualdade social, induzindo crianças e adolescentes a vivenciarem violências explícitas e silenciosas tanto na família como fora dela” (Carinhanha e Penna, 2012).

Com base na leitura dos artigos foi possível detectar que diversas são as causas que levam os adolescentes a deixarem seus lares para viverem na rua. Dentre as mais comuns no nosso cotidiano podemos citar: a facilidade para o uso de drogas, desestruturação do núcleo familiar e baixas condições sócio-econômicas (pobreza extrema). “Além da pobreza, a fragilidade, a ausência ou a perda do vínculo familiar, a insuficiência de políticas públicas de apoio à reestruturação familiar, o envolvimento dos pais/cuidadores com drogas e a violência doméstica foram aspectos que dificultam o retorno à família” (SIQUEIRA et al, 2012). Escassez de recursos financeiros e afetivos, forma relatados por Paludo e Koller (2008) como fatores relacionados ao contexto com vivências de rua.

Os principais agravos relacionados à vulnerabilidade mais discutidos pelos autores foram as doenças sexualmente transmissíveis, o uso de substâncias psicoativas, a gravidez precoce e a violência sexual. (JESUS et al, 2001); (SCAPPATICI; BLAY, 2010); (SCHWONKE; GOMES; FONSECA, 2009).

Estudo de Jesus et al (2011) evidenciou que a carência de atividades de lazer, as condições de vida dos jovens, o envolvimento familiar com as drogas, a ausência dos pais, violência doméstica, o uso de drogas entre os amigos e baixa percepção e apoio dos pais, levam-os com mais facilidade ao consumo de substâncias psicoativas.

Monteiro et al (2008), comenta que esse assunto tem uma forte tendência a ser tratado de forma repressiva, alarmista e pautada em tons de discriminação e punição. Compreende que as estratégias para explorar esse assunto devem ser baseadas nas singularidades dos sujeitos para um alcance mais efetivo e para a compreensão desse fenômeno. “As implicações coletivas e individuais do consumo de drogas ratificam a necessidade deste fenômeno ser tratado por vários segmentos sociais e nas diversas esferas da vida, como a saúde, a educação e a cultura”.

Sobre a violência sexual, o estudo de Jesus et al (2011), identificou que apesar de vivenciarem esse processo de violência, poucos adolescentes sentiram segurança para denunciar os agressores, fato associado aos sentimentos de medo e vergonha. Podemos refletir que situações estressantes como estas, podem levar os adolescentes a procurarem refúgio nas ruas, tornando-se ainda mais vulneráveis aos agravos de saúde comuns nessa fase.

Estudo realizado por Carinhanha e Penha (2012) com adolescentes do gênero feminino em situação de abrigo, aponta que tais jovens vivenciaram diversos tipos de violência, entre elas a sexual, dentro do ambiente familiar. Estes autores comentam que o aumento dos abrigos voltados para a população adolescente, “trata-se de uma resposta a uma demanda da própria sociedade que, produzindo tanta pobreza e desigualdade social, conduz crianças e adolescentes a vivenciarem violências explícitas e silenciosas tanto no seio familiar como fora dele”.

A violência sexual, muitas vezes culmina com situações estressantes, como a gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis (DST's), configurando-se também como formas de violência contra a jovem adolescente. Para as participantes do estudo de Carinhanha e Penna (2012) a gravidez indesejada “pode ser entendida como uma agressão ao corpo e à estrutura psicoafetiva, uma vez que não encontram o apoio necessário para o entendimento acerca do funcionamento fisiológico do seu corpo e de sua sexualidade [...]”.

Nunes e Andrade (2009) comentam em seu estudo que os adolescentes que vivem em condições de pobreza nas ruas tornam-se mais vulneráveis às doenças sexualmente transmissíveis - DST/AIDS em decorrência de fatores associados como relações sexuais desprotegidas, dificuldade para aquisição dos preservativos, violência e exploração sexual.

Essa realidade deve ser pensada de forma crítica, visto que vivemos em uma sociedade economicamente desigual, o que promove desajustes nas relações familiares e nas condições básicas de sobrevivência. O que pensar sobre as famílias que vivem em condições desumanas, sem moradia e alimentação adequadas? Muitas pessoas vivem em condições precárias em nosso país, sem ter acesso aos serviços básicos que garantam a dignidade humana como a saúde e a educação. Pensa-se ainda que muitos problemas sociais possam justificar o aumento do número de adolescentes nas ruas, como também a desestruturação familiar que culmina com muitos agravos à saúde.

Torna-se um desafio para os governantes agir de forma a promover ações efetivas para garantir uma saúde integral aos adolescentes em situação de rua. O que fazer para resolver tal problema de saúde pública? Como reinserir esses adolescentes no seio familiar? Como preparar os profissionais da educação e saúde para lidar com esse grupo em grande potencial de vulnerabilidade?

“É imprescindível que um atendimento e apoio social e afetivo, uma vez que o bem-estar das famílias implica e reflete uma dimensão pública e social”(PALUDO e KOLLER, 2008).



# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Para que esse apoio social seja efetivo é preciso refletir sobre as redes sociais de apoio que estão associados aos adolescentes como a escola, instituições religiosas, pólos de lazer, família, unidades de saúde nos diversos níveis da atenção. Ainda observa-se uma fragmentação no atendimento à saúde do adolescente quando se observa a procura pelos serviços de saúde apenas com o objetivo de encontrar a cura para doenças, os quais não priorizam o atendimento que vai além do processo patológico.

Dessa forma, perde-se de vista a integralidade da saúde dos adolescentes e se negligencia um conjunto de fatores intrinsecamente relacionados a tais comportamentos, como por exemplo: qualidade do relacionamento familiar, concepções e valores, autoestima etc. Reconhece-se que programas centrados em condutas-problema e no indivíduo não são capazes de mudar a vida dos jovens, além de resultarem em altos custos. (MORAIS et al 2010)

Portanto, para resgatar a integralidade da saúde dos jovens é preciso envolvê-los no processo de cuidar do próprio corpo, fazendo-o pensar no seu contexto sócio-econômico, tornando-o sujeito ativo e construtor da própria história. Oferecer autonomia para o adolescente pode direcioná-lo a fazer escolhas conscientes a respeito de sua vida. Para isso faz-se necessário que políticas públicas ofereçam condições adequadas e trabalhem no sentido de resolver/minimizar as situações de vulnerabilidade entre os jovens focando em ações de promoção da saúde.

## Conclusão

O presente estudo possibilitou uma melhor compreensão acerca da vulnerabilidade entre os adolescentes que vivem em situação de rua e os agravos à saúde que culminam com diversas consequências biopsicossociais. Entre os adolescentes a saída para as ruas, muitas vezes acontece de forma discreta, como uma necessidade de oferecer suporte financeiro para a família. Para os que vivem em lares desestruturados, as relações vão se tornando fragilizadas e a rua acaba sendo mais frequentada do que a própria casa.

Foi possível identificar na maioria artigos que as causas que justificam o abandono do lar estão relacionadas a essa alteração na relação familiar, violência doméstica, incluindo a sexual, uso de substâncias, dificuldades financeiras. A vivência nas ruas tornam a saúde do adolescente em risco potencial para o desenvolvimento de outros agravos, como DST's, prostituição, tráfico, marginalização, gravidez indesejada.

Trabalhar a integralidade da saúde em jovens em situação de rua é um grande desafio para a saúde pública e para os profissionais que atuam nos diversos segmentos sociais, principalmente a saúde e a educação que lidam diretamente com esse grupo. É importante desenvolver ações que sensibilizem esses adolescentes a tomarem decisões coerentes para manutenção adequada da própria saúde, no entanto, também é imprescindível que a sociedade ofereça acolhimento e condições dignas com base nos direitos básicos fundamentais assegurados pelo ECA.

É preciso uma articulação das redes sociais de apoio para resgatar esses adolescentes das situações de vulnerabilidade para evitar mortes precoces e processos patológicos irreversíveis.

## Referências

CARINHANHA, J. I., Penna, L. H. G.,. Violência vivenciada pelas adolescentes acolhidas em instituição de abrigamento. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 21(1), 68 – 76, Jan – Mar, 2012.

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

JESUS F.B, LIMMA F.C.A, MaARTINS C.B.G, MATOS, K.F, SOUZA S.P.S. Vulnerabilidade na adolescência: a experiência e expressão do adolescente. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2011 jun;32(2):359-67.

Monteiro, Simone. **Educação, drogas e saúde: uma experiência com educadores de programas sociais (RJ- Brasil)** / Simone Monteiro... [et al.]. -- Rio de Janeiro, RJ: Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Oswaldo Cruz. Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde, 2008. 80p.

MORAES, N. A., MORAIS, C.A., KOLLER, S.R. Promoção de saúde e adolescência: um exemplo de intervenção com adolescentes em situação de rua. **Psicologia & Sociedade**; 22 (3): 507-518, 2010 22(3), 507 – 518, 2010.

NUNES, E. L. G. ; Andrade, A. G. Adolescentes em situação de rua: prostituição, drogas e HIV/AIDS em Santo André, Brasil. **Psicologia & Sociedade**. Santo André, 21(1), 45 – 54, 2009.

PALUDO, S. dos S., Koller, S. H. Toda criança tem família: criança em situação de rua também. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, 20(1), Jan – Abr, 2008.

RICHARDSON, R. J., Pesquisa Social: métodos e técnicas. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SCAPPATICCI, A. L. S. S., Blay, S. L.. Mães adolescentes em situação de rua: uma revisão sistemática de literatura. **Revista de Psiquiatria**. Rio Grande do Sul, 32(1), 03 – 15, 2010.

SCHWONKE, C. R. G. B., Fonseca, A. D., Gomes, V. L. de O. Vulnerabilidades de Adolescentes com vivências de rua. **Esc. Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, 13(4), 849 – 855 Out – Dez, 2009.

SILVA, M. A. I., MELLO, F. C. M., MELLO, D. F., FERRIANI, M. G. C., SAMPAIO, M. C. S., OLIVEIRA, W. A. Vulnerabilidade na saúde do adolescente: questões contemporâneas. **Ciências & Saúde**. São Paulo, 19(2), 619 – 627, 2014.

SIQUEIRA, A. C., ZOLTOWSKI, A.P., OTERO, T. M., DELL’AGLIO, D. D. **Ana Paula Zoltowski**. Processo de reinserção familiar: estudo de casos de adolescentes que viveram em instituição de abrigo. **Estudos de Psicologia**, 15(1), 07 – 15, Jan – Abr, 2010.

## Agradecimentos

Agradecemos aos colegas e professores do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente pelo apoio e troca de conhecimentos.

## INTEGRANDO SERVIDORES E PROMOVENDO SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA CONTINUADA.

Autor 1: Fabíola Maria de Girão Lima. 10ª Coordenadoria Regional de Saúde- Limoeiro do Norte/CE. [fabíola.lima@saude.ce.gov.br](mailto:fabíola.lima@saude.ce.gov.br)

Autor 2: Flaubênia Mª Girão de Queiroz. Hospital São José de Doenças Infecciosas – Fortaleza/CE.

Autor 3: Virgínia Mª Moura R. Peixoto. 10ª Coordenadoria Regional de Saúde- Limoeiro do Norte/CE.

Autor 4: Cristianne Soares Chaves. 10ª Coordenadoria Regional de Saúde- Limoeiro do Norte/CE.

Autor 5: Vanuza Cosme Rodrigues. 10ª Coordenadoria Regional de Saúde- Limoeiro do Norte/CE.

Autor 6: Helmo Nogueira de Sousa. 10ª Coordenadoria Regional de Saúde- Limoeiro do Norte/CE.

Palavras-chave: Integração. Promoção à Saúde.

### Resumo

A atividade apresentada objetiva promover a saúde do trabalhador por meio da socialização e integração do grupo de funcionários públicos da Regional com os agentes de combate às endemias dos onze municípios que compõem a Região de Saúde. Trata-se de um encontro anual cuja organização demanda a participação dos profissionais da sede da 10ª Coordenadoria Regional de Saúde - Limoeiro do Norte/CE (10ª CRES) e dos municípios a ela pertencente. No evento são utilizadas atividades como jogos e competições atravessadas por temáticas relativas à promoção e prevenção da saúde que, direta e indiretamente, tem interface com saúde e qualidade de vida. Este trabalho utiliza o conceito de promoção da saúde da conferência Internacional de Ottawa, Canadá em 1986. O trabalho está fundamentado na crença no lúdico, na socialização e na integração como importantes dimensões da existência humana. A organização do evento acontece de forma compartilhada por meio de comissões. Os resultados superam as expectativas, uma vez que os produtos do encontro são identificados, por todo o ano, nas relações de trabalho e na prática cotidiana profissional, encontram-se expressos nas avaliações pós-encontro e visíveis no dia a dia do trabalho da 10ª Regional e nos onze municípios que a compõem.

### Introdução



# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

A atividade aqui apresentada traz uma experiência de promoção da saúde na 10ª Coordenadoria Regional de Saúde - Limoeiro do Norte/CE (10ª CRES), concretizada em encontros anuais, promovidos no mês de outubro, com a finalidade de celebrar o dia 28 de outubro - dia do servidor público, data instituída pelo presidente Getúlio Vargas por meio da criação do Conselho Federal do Serviço Público Civil, em 1937 (BARROS, 2014). O encontro de oito horas tem como objetivo maior a promoção da saúde do trabalhador por meio da socialização e integração do grupo de funcionários públicos da Regional com os agentes de combate às endemias dos onze municípios que compõem a Região de Saúde. No evento são utilizadas atividades lúdicas como jogos e competições atravessadas por temáticas relativas à promoção e prevenção da saúde, como o “Outubro Rosa”, bem como relevantes assuntos pertinentes aos trabalhadores da área da saúde que, direta e indiretamente, tem interface com saúde e qualidade de vida. Na ocasião ocorrem torneio de futebol, vôlei, corrida, natação, tênis de mesa, sinuca, gincana e brincadeiras recreativas, além de bingo e sorteio de brindes. Os participantes tomam o café da manhã com frutas da região, e almoçam juntos ao som de música ao vivo. Frente ao êxito da experiência, a iniciativa sucedeu-se nos anos de 2009, 2010, 2011, 2012 e 2013, sendo, por conseguinte, incorporada a agenda de atividades da instituição. O investimento na ação advém de recursos da 10ª CRES, do próprio grupo participante e de colaboração de gestores municipais.

Saúde e qualidade de vida são temas relacionados comprovadamente pelo cotidiano. Portanto, a saúde melhora a qualidade de vida e esta é fundamental para que as pessoas tenham saúde. Em resumo, promover a saúde é também promover a qualidade de vida (BUSS, 2010). A Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá em 1986, concluiu que promoção da saúde representa o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo”. (BRASIL, 2002 p. 19) O documento da Conferência refere ainda que “para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver (BRASIL, 2002p.19).

O trabalho está fundamentado na crença no lúdico, na socialização e na integração como importantes dimensões da existência humana. A socialização aqui é buscada, não no sentido de homogeneização, mas numa compreensão de que os profissionais são indivíduos sujeito desse processo, onde desenvolvem sua própria personalidade, apropriam-se dos costumes e valores sociais dentro do contexto socio-histórico em que cada um se insere, por meio do convívio cotidiano (BORGES e ALBUQUERQUE, 2004). Assim, o indivíduo socializado desenvolve o sentimento de pertença ao grupo, importante crença para si e para o desenvolvimento das relações de trabalho. O lúdico é basal para esse processo. Compreendido como elementos constitutivos do homem que possibilitam o viver de maneira mais plena e realizada, o lúdico e o criativo são “indispensáveis para uma vida produtiva e saudável, do ponto de vista da autoafirmação do homem como sujeito, ser único, singular, mas que prescinde dos outros homens para se realizar, como ser social e cultural, formas inerentes à vida humana.” (BARTHOLO, 2001, p.92 apud FERREIRA, A. F. et ali, 2004). Reconhecendo-se um ser único, mas de natureza social, o homem carece do convívio que possibilite sua socialização e integração ao grupo onde se insere, como também favoreça espaço de aprendizagem significativa para ele como indivíduo e ser social. Estas são dimensões importantes para sua saúde.

## Metodologia

O como fazer deve estar em consonância com os fundamentos teóricos da ação. Assim sendo, uma atividade que aposta no lúdico para desenvolver a socialização e integração de um grupo exige participação em seu planejamento. A organização do evento acontece da seguinte forma - No início de outubro de cada ano é realizada uma reunião com o colegiado de gestão da 10ª CRES. Na oportunidade, promove-se uma discussão sobre a avaliação do evento de comemoração do dia do servidor público do ano anterior. São ainda formadas as comissões de organização do evento, com divisão de responsabilidades. Também ficam acordadas e eleitas as atividades a serem desenvolvidas, ou seja, a programação. Formam-se as seguintes comissões: organizadora do torneio de futebol, de divulgação, de alimentação, de decoração, de atividades e brincadeiras. A fim de viabilizar a logística, há uma contribuição financeira, por participante, para propiciar o almoço, refrigerante e sobremesa. Os campeões e vice-campeões das modalidades esportivas são agraciados com troféus e medalhas, entregues no encerramento do evento.

## Resultados e Discussão

Os resultados superam as expectativas, uma vez que os produtos do encontro são identificados por todo o ano nas relações de trabalho e na prática cotidiana profissional, encontram-se expressos nas avaliações pós-encontro e visíveis no dia a dia do trabalho da 10ª Regional e nos municípios que a compõem. Ganha-se em qualidade de vida do trabalhador e na qualidade do trabalho realizado. A promoção da socialização e integração do grupo de trabalhadores, profissionais da área da saúde gera produtos importantes para o trabalho e para as individualidades. A atividade promove a autorrealização e sentimento de pertença ao grupo de trabalho. Junto aos aprendizados sobre as temáticas tratadas, a socialização faz o grupo mais unido em torno de sua missão. A integração entre municípios garante a realização das ações de saúde de maneira mais eficaz. Há maior comprometimento do grupo em relação ao trabalho e uma melhor administração dos conflitos gerados pelas dificuldades dos municípios no que diz respeito, em alguns casos, às precárias condições de trabalho e poucos recursos financeiros investidos na saúde. Desta forma, a integração entre a Regional e os municípios, gerada pelo encontro e sua organização, é, sem dúvida, o maior produto. A concreta oportunidade de lazer vivida também deve ser

# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

considerada, uma vez que o tempo do grupo é mais investido em trabalho e suas famílias, deixando de lado a dimensão do ócio, importante elemento para a saúde mental do trabalhador.

## Conclusão

Considerando que a ação apresentada exige um investimento de recursos financeiros pequeno, seu significado para o cotidiano do trabalho da 10ª Coordenadoria Regional de Saúde - Limoeiro do Norte/CE (10ª CRES) tem sido digno de nota. Com cinco anos de existência, a ação mostra uma longevidade para sua natureza pouco comum no serviço público de saúde, como também acena para o entendimento e a compreensão de que o sucesso do trabalho está no fato de que sua proposta vem atender a uma demanda silenciosa, mas visível, de socialização e integração, dimensões imprescindíveis à vida humana, para indivíduos sujeitos de sua vida profissional, que dão conta de repor e ressignificar a vida e as relações de trabalho. A cada ano os trabalhadores mostram-se cada vez mais interessados e participativos. Acredita-se que os jogos movimentam uma salutar competição e, promovem uma proximidade necessária a todos.

## Referências

BARROS, Jussara. **Dia do Servidor Público**. Disponível em <http://www.brasilecola.com/datas-comemorativas/dia-servidor-publico.htm> Acesso em 29 ago. 2014.

BORGES, Livia de Oliveira; ALBUQUERQUE, Francisco José Batista de. Socialização Organizacional in In Zanelli J.C.; Andrade, J. E. & Bastos, A. V. B. (org.) **Psicologia, organizações e trabalho**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

BUSS, Paulo M. **O conceito de promoção da saúde e os determinantes sociais**. Disponível em <http://www.bio.fiocruz.br/index.php/artigos/334-o-conceito-de-promocao-da-saude-e-os-determinantes-sociais> Acesso em 30 ago 2014.

BRASIL. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf) Acesso em 29 ago. 2014

FERREIRA, A. F. et ali. O LÚDICO NOS ADULTOS: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO NOS FREQUENTADORES DO CEPE - NATAL/RN . Disponível em <http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/viewFile/29/29> Acesso em 29 ago. 2014.

## Agradecimentos

Esses encontros só tem se concretizado, ao longo desses cinco anos, porque houve o envolvimento efetivo de muitas mãos. Assim, agradecemos:

À 10ª Coordenadoria Regional de Saúde, através do seu Colegiado Interno de Gestão – CIG, que assentado em uma gestão participativa, abraçou a ideia da realização de tão instigante e gratificante experiência com os servidores públicos do órgão, colocando-a no seu Plano de Gestão Anual;

Às Secretarias Municipais de Saúde, da área de abrangência da 10ª CRES, por acreditarem na proposta, cooperando financeiramente e liberando seus servidores;

Aos Agentes de Combate às Endemias da região de saúde pela participação entusiástica e marcante nas atividades;

Aos servidores da 10ª CRES pelo envolvimento em todas as etapas dessa atividade, nos momentos de planejamento, execução e avaliação, como agente atuante e propulsor da integração e de um saudável ambiente organizacional.

## **INTEGRANTES DA UNIDADE DE PALHAÇOTERAPIA INTENSIVA: A RISOTERAPIA NA PROMOÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA HOSPITALIZADA. RELATO DE EXPERIÊNCIA.**

Adrielle Sonara Gomes Silva (apresentador) – UFAL, adrielle.sonara@gmail.com

Imaculada Pereira Soares – UFAL

Ingrid Louise Vieira Vera Cruz – UFAL

Marcela Laís Souza Ferreira Gomes – UFAL

Rodrigo Freitas Monte Bispo (Orientador) – UFAL

Palavras-chave: Risoterapia. Promoção à Saúde. Criança. Hospital.

### **Resumo**

A internação hospitalar traz para as crianças muitas angústias, ansiedades e medo, pois estão em um ambiente desconhecido e de sofrimento, o que aumenta as implicações sobre sua saúde em geral, então a utilização de terapias, como a risoterapia, que contribui para a recuperação da criança como também para uma prática humanizada são imprescindíveis. Diante disso o trabalho tem por objetivo relatar as atividades desenvolvidas pelo projeto de extensão acadêmica, Integrantes da Unidade de Palhaçoterapia Intensiva – IUPI utilizando a risoterapia como método para promover a saúde da criança hospitalizada. O relato corresponde ao período de Setembro de 2013 a Julho de 2014, relativo às visitas realizadas todos os sábados na pediatria do Complexo Hospitalar Manoel André. Os resultados apontam para os benefícios causados pela prática do riso pelos Palhaços Doutores, embasando esses resultados na comprovação científica dos efeitos que o riso traz para a saúde do ser humano e sua eficácia como terapia para ajudar a lidar com a doença. Concluímos que a prática da risoterapia não irá substituir os tratamentos convencionais, mas se torna uma poderosa aliada na promoção à saúde da criança, um facilitador no relacionamento dos acompanhantes e no trabalho dos profissionais de saúde. Mas ainda se faz necessário à implementação de mais práticas humanísticas como essa para melhorar o atendimento e recuperação da criança hospitalizada.

### **Introdução**



# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

No que diz respeito à criança hospitalizada, a internação é um evento ameaçador e traz muitas angústias, ansiedades, medo e incertezas ao paciente. Altera seus laços de afeto e socialização ao estarem em um ambiente desconhecido e de sofrimento, trazendo implicações tanto em sua recuperação física, como em sua saúde em geral.

No ambiente hospitalar, as crianças têm que suportar várias dificuldades como a limitação de atividades em razão da enfermidade e, também do espaço físico. Isso entristece a criança podendo contribuir para aumentar o sofrimento físico e psíquico (MACHADO; GIOIA-MARTINS, 2010).

A Resolução nº. 41\95 do CONANDA em seu Art. 9º reforça o direito da criança hospitalizada de desfrutar de alguma forma de recreação, mas na maioria das vezes devido à rotina hospitalar, sobrecarregada de tarefas e a falta de instrumentos que possibilitem esse direito, torna-se difícil fornecer essa atenção especial a todas as crianças.

Diante disso é imprescindível a utilização de terapias que contribuam para uma prática humanizada, sendo a risoterapia uma importante ferramenta para realização desse trabalho e um facilitador para a recuperação da criança, ela faz uma ponte entre a alegria e a saúde. Esse método traz uma nova abordagem para o cenário hospitalar, serve de apoio ao cuidado, tornando-o mais integral e holístico.

A terapia do riso ou a risoterapia é um método existente desde a década de 60. Foi propagado pelo médico americano Hunter Adams chamado de “Patch Adams”, que desde a sua época de estudante já implantava este método em hospitais e escolas. Ele observou o baixo estado de alegria e de humor em seus doentes, resolvendo então, introduzir a terapia do riso, propondo um descondicionamento de atitudes e hábitos perniciosos arraigados na personalidade para viver com amor e felicidade. (SILVA, 2005)

São indiscutíveis as vantagens para o corpo clínico e os efeitos positivos na sua faina diária com crianças hospitalizadas que podem ver palhaços brincando e arrancando seus risos. Há evidências de que permanecem menos tempo nos hospitais do que aquelas que não veem, nem têm contato com esses agentes do riso. Grupos de médicos-palhaços ou atores (vestidos de branco com indumentária de palhaço) acreditam que brincadeiras e risadas (besterologia) são os melhores remédios para diminuir o sofrimento e revitalizar a alegria de crianças internadas em hospitais e o fazem por meio da magia circense e a da arte cênica. (VALE, 2006).

Segundo observação de Luchesi (2012), “(...) o tratamento de doenças e os longos períodos de internação geram medo do desconhecido e extrema ansiedade nos pacientes, devido a isso se torna imprescindível à prática diária da humanização, sendo a terapia do riso uma ferramenta essencial para a realização do trabalho.” Ou seja, elas findam por participarem das brincadeiras, permitem-se imaginar um mundo ideal, esquecem, portanto, por alguns minutos, ou horas as dificuldades que o mundo real lhes causa.

A escolha desse tema aconteceu por despertar nas autoras uma necessidade de relatar as experiências vivenciadas como palhaças doutoras, diante disso surge o questionamento: será que a utilização da risoterapia como método terapêutico, contribui para promover o estado de saúde da criança? Para responder essa questão, este estudo irá descrever a influência da risoterapia na pediatria de um hospital do agreste alagoano, através das atividades desenvolvidas pelo projeto de extensão acadêmica, Integrantes da Unidade de Palhaçoterapia Intensiva – IUPI.

## Metodologia

Este trabalho é de natureza descritiva do tipo relato de experiência, realizado por discentes da Universidade Federal de Alagoas – Campus Arapiraca que fazem parte do projeto intitulado Integrantes da Unidade de Palhaçoterapia Intensiva – IUPI.

O relato corresponde ao período de Setembro de 2013 a Julho de 2014 e tem por objetivo relatar a experiência vivenciada pelos palhaços doutores por meio de atividades lúdicas e sua implicação na vida das crianças hospitalizadas. O projeto leva visitas todos os sábados de 13h30min as 16h30min a pediatria do Complexo Hospitalar Manoel André.

O Complexo Hospitalar Manoel André localiza-se na cidade de Arapiraca no estado de Alagoas e conta em sua estrutura com instrumentos essenciais para o atendimento à saúde e para salvar vidas, principalmente nas questões relativas à Alta Complexidade, de modo que, as especialidades atendidas são: Cirurgia Geral, Dermatologia, Endocrinologia, Nefrologia, Neurologia, Oftalmologia, Oncologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatra, Urologia, Hematologia e Fisioterapia.

O Projeto de Extensão Integrantes da Unidade de Palhaçoterapia Intensiva utiliza a estratégia de risoterapia tendo como base o desenvolvimento de atividades lúdicas de humanização pelos acadêmicos que se caracterizam de palhaços doutores com o objetivo de promover o bem-estar de crianças enfermas durante sua internação, inclusive visando uma possível recuperação em período mais curto, buscando humanizar a prática dos profissionais de saúde na tentativa de modificar a rotina hospitalar.

Ou seja, sua finalidade é trazer alegria às crianças através da caracterização, brinquedos, desenhos para colorir, contos, músicas, tudo através de muito bom humor. Esses são os métodos utilizados pelo grupo com o objetivo de melhorar seu tempo e trazer conforto às crianças e seus acompanhantes e diminuir o estresse proveniente da hospitalização.

## Resultados e Discussão

# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Durante as visitas os palhaços doutores estão devidamente caracterizados com jalecos coloridos, maquiagem e o nariz vermelho para contrapor com o branco que muitas vezes traz medo as crianças. São utilizados brinquedos, jogos, livros, instrumentos musicais, danças, ou mesmo perguntas diretas a elas para facilitar a comunicação, as atividades são de sensibilização através do lúdico, de dinâmicas e brincadeiras, tudo através da improvisação e habilidades individuais de cada palhaço e também de acordo com os limites físicos ou idade de cada interno.

De modo geral, os pequenos são bem receptivos e curiosos em relação aos palhaços doutores, os lactentes são os que mais reagem com medo em um primeiro contato, mas após um tempo acostumam-se e brincam. As brincadeiras também facilitam a interação das crianças entre si.

A comunicação verbal e não verbal são utilizadas de forma a ajudar a desinibir e assim estabelecer cumplicidade entre pacientes e palhaços doutores, com isso a utilização de métodos que permitam a alegria e o riso através de jogos e brincadeiras tornam-se mais efetivos, pois as crianças estão mais receptivas a participarem das atividades.

Nos maiores o principal objetivo é fazê-los rir, nota-se que um quadro de apatia e tristeza se transforma em alegria e ânimo, a risoterapia traz transformações que são notadas ao observar um ambiente mais descontraído. Porque, o riso acaba sendo ouvido com mais frequência, tornando-se uma intervenção que proporciona o desenvolvimento e melhora. Mesmo aquelas que não podem se levantar do leito por estarem mais debilitadas, através de um jogo ou conversa se mostraram mais comunicativas e um sorriso surge no rosto.

Ao fim da visita verifica-se que ocorre uma melhora significativa no bem-estar e no quadro geral da criança, através da amenização da dor e do estresse, ou seja, os eventos traumáticos causados pela internação hospitalar são amenizados pela intervenção da terapia do riso. Essa melhora no estado da criança pela risoterapia pode ser comprovada através dos efeitos que o riso traz para o nosso corpo.

O riso e sua onda vibratória transmite uma química que se espalha por todo o corpo transmitindo energia, provocando o relaxamento muscular de todos os órgãos, mesmo o simples esboçar de um sorriso ou uma gargalhada, estimulam o cérebro a produzir endorfinas, substâncias químicas com poder analgésico, que proporcionam uma enorme sensação de bem-estar (LAMBERT, 1999).

A prática do riso e da gargalhada melhora o humor, que reforça a imunidade, relaxa a tensão muscular e diminui o estresse, ansiedade e dor por liberação de neurotransmissores relacionados (serotonina e endorfinas) por envolvimento do sistema límbico. O riso tem efeito terapêutico facilitador do tratamento analgésico em ambiente hospitalar e deve ser promovido entre os internos, pois facilita a socialização, as novas amizades e o autoconhecimento. As modificações psiconeuroendócrinas da gargalhada melhoram o sistema imunológico, aumentam a fluxo sanguíneo cerebral e reduzem sintomas de depressão e ansiedade (VALE, 2006).

Contudo, a assistência realizada pelos palhaços doutores não se volta apenas às crianças internadas, mas refletem também em suas acompanhantes, na maioria das vezes, mães, que enquanto acompanham seus filhos diante das atividades lúdicas, compartilham sua vivência, seus anseios, acabam por realizar um desabafo quanto à situação em que se encontram, muitas vezes longe de sua família há dias, preocupadas com outros filhos que deixaram, com as obrigações abandonadas do lar. Essa conversa acaba por lhe trazerem alívio em um momento tão delicado e também ficam felizes por verem seus filhos brincando e sorrindo.

Além disso, as ações proporcionadas pelos palhaços doutores auxiliam positivamente nas intervenções dos profissionais de saúde daquele local, principalmente, os da equipe de enfermagem, que passam maior parte do tempo prestando cuidados aquelas crianças. Seja ao trocar um soro, ou administrar uma medicação, tarefas que em alguns momentos possam parecer mais difíceis, pois há dias aqueles menores sofrem tais intervenções e já se mostram desgastados, com a intervenção do riso, da brincadeira, ou mesmo de um aperto de mão, promove o alívio diante do momento de descontração proporcionado pela presença do palhaço doutor.

## Conclusão

Os objetivos desse trabalho eram observar os efeitos terapêuticos do riso em crianças hospitalizadas, através da descrição do trabalho dos Palhaços Doutores do projeto de extensão IUPI e os métodos utilizados pelos mesmos, para assim levantar os benefícios do humor como atividade auxiliar na promoção a saúde da criança.

Através disso, concluímos que a prática da risoterapia não irá substituir os tratamentos convencionais, mas se torna uma poderosa aliada na promoção à saúde, que transforma choro em riso, dor em alegria e doença em saúde.

A risoterapia não se restringe apenas a contribuir na aceitação da criança à hospitalização, o ato de rir traz benefícios para diversos sistemas do corpo, melhorando seu bem-estar e consequentemente sua saúde. A presença do palhaço proporciona riso e alegria e contribui para a melhora no processo saúde doença, sendo então um importante aliado na promoção da saúde e também para um modo de atenção humanizada a criança no período de hospitalização.

Sendo, portanto, enfatizada a intervenção do palhaço doutor no ambiente hospitalar, como um facilitador do relacionamento entre crianças, familiares e profissionais de saúde, auxiliando na comunicação entre eles, diante das práticas realizadas, das condutas dos profissionais e da aceitação por parte do menor quanto a elas. Tornando, assim, o ambiente hospitalar um lugar melhor, através da descontração que o riso provoca e da humanização do cuidar que deve ser praticado pelo palhaço doutor.

# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Mesmo com o crescimento desse tipo de atividade, ainda é necessário implementar mais práticas humanísticas no ambiente hospitalar, de modo que esta prática estimule os profissionais envolvidos no processo de recuperação da saúde, favorecendo assim a recuperação da criança hospitalizada e consequentemente diminuindo seus efeitos negativos.

## Referências

LAMBERT, E. **A terapia do riso: a cura pela alegria**. São Paulo: Pensamento, 1999. 80 p.

LUCHESI, Aline; CARDOSO, Fabíola Schirr. **Terapia do Riso – Um relato de experiência**. Revista Eletrônica da Faculdade Evangélica do Paraná, Curitiba, v.2, n.1, p.11-20, jan./mar. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estatuto da criança e do adolescente**. Brasília: Ministério da Saúde; 1991.

SILVA, Patrícia Helena da. **Utilização da risoterapia durante a hospitalização: um tema sério e eficaz**. Rev. Enferm UNISA, 2005; p. 70-3.

VALE, Nilton Bezerra do. **Analgesia adjuvante e alternativa**. Rev. Bras. Anesthesiol. [online]. 2006, vol.56, n.5, p. 530-555.

## Agradecimentos

À Deus, que nos dá a sabedoria.

À nossa família IUPI, por nos acolher diante de nossa simplicidade.

Às crianças da pediatria no hospital CHAMA que nos fazem mais felizes ao estarem felizes.





## INTERFACES DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA ACERCA DA VIOLÊNCIA PERPETRADA CONTRA IDOSOS

Suzana Pereira Cardoso da Silva – Universidade Federal de Campina Grande -suzanapereira02@gmail.com

Julianne Naziazeno de Lima – Universidade Federal de Campina Grande

Nahadja Tahaynara Barros Leal – Universidade Federal de Campina Grande

Camila Mendes Da Silva – Universidade Federal de Campina Grande

Rejane Maria Paiva de Menezes – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Jank Landy Simôa Almeida – Universidade Federal de Campina Grande

Palavras-chave: Violência. Idosos. Envelhecimento.

### Resumo

O aumento acelerado do número de idosos na população brasileira tem provocado impacto relevante nas políticas públicas; tornando-se assim importante desafio de qualificação da assistência em saúde. Dentre os agravos contra os idosos, ressalta-se a violência, pois esta tem assumido grandes proporções de incidência na sociedade atual e causado impactos negativos à saúde dessa população. O estudo objetivou conhecer e analisar as produções científicas sobre a violência contra a pessoa idosa, publicados no período 2006-2014. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica controlada e integrada, realizada nas bases de dados Scientific Electronic Library Online e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, utilizando-se para isto os descritores “violência”, “idosos” e “envelhecimento” interligados pelo operador booleano “and”. Elegeram-se como critérios de inclusão: texto completo em português, inglês ou espanhol disponível de forma online; publicação no período 2006-2014; relação direta com o objeto e o objetivo da pesquisa. Foram identificados e analisados 28 artigos, entretanto 15 atenderam aos critérios propostos, constituindo a amostra da pesquisa. Constatou-se que no ano de 2008 houve a maior produção sobre o tema representando (33,4%). As temáticas mais abordadas foram: violência contra os idosos praticada por familiares ou cuidadores (53,4%); conhecimento de profissionais sobre a violência contra idosos (20,0%); violência psicológica (20,0%); morte e internação de idosos por violência (6,6%). Ressalta-se a necessidade de valorização do tema contribuindo para a prática profissional nos âmbitos da prevenção do agravo e promoção da saúde dos idosos.

### Introdução

O aumento acelerado do número de idosos na população brasileira tem provocado impacto nas políticas públicas e tornou-se um dos maiores desafios a assistência qualificada a saúde, pois exige a implantação efetiva de políticas específicas para a população idosa, visando possibilitar a manutenção da capacidade funcional do idoso bem como seu bem estar (NOGUEIRA; FREITAS; ALMEIDA, 2011).

Dentre os agravos contra os idosos, ressalta-se a violência, pois tem tomado grandes proporções na sociedade e causado importantes impactos na capacidade funcional dessa clientela, desencadeando uma crescente atenção e mobilização nos países (RIBEIRO; SOUZA; VALADARES, 2012). No Brasil, esta questão passou a ter maior visibilidade a partir da década de 90, depois do aumento das preocupações referentes à qualidade de vida deste grupo etário (NOGUEIRA; FREITAS; ALMEIDA, 2011).

A violência se expressa de diversas maneiras podendo ser física (referindo-se a utilização da força física para ferir, machucar, incapacitar, causar morte ou forçar o idoso a fazer algo), psicológica (utilização de formas agressivas verbais ou gestuais objetivando aterrorizar, humilhar ou provocar o isolamento social), violência financeira e econômica (consistindo na exploração de bens financeiros), violência sexual (manutenção de relações sexuais, utilizando ameaças ou até mesmo a violência física), negligência (recusa ou omissão

de cuidados por parte de responsáveis, familiares ou instituições), autonegligência (refere-se ao fato do próprio idoso recusar se a realizar cuidados necessários a si mesmo) (SOUZA; MINAYO, 2010).

Com base no referido o estudo objetivou conhecer e analisar as produções científicas sobre a violência contra a pessoa idosa, publicados no período 2006-2014. Assim acredita-se que o mesmo possa oferecer subsídios para discussão, construção do conhecimento sobre violência, e auxiliar na criação de estratégias de intervenção para o enfrentamento da mesma, tendo em vista que o aumento da ocorrência de tais agravos deve reter maior atenção por parte dos profissionais da saúde (MOTTA, 2010).

Metodologia

Para elaboração do estudo foi realizada pesquisa bibliográfica controlada e integrada, consultando artigos publicados em formato eletrônico nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), no período de junho de 2014, utilizando-se como Descritores em Ciências da Saúde as palavras “violência”, “idosos” e “envelhecimento”, interligados pelo operador booleano “and”.

Após a triagem inicial, realizou-se leitura flutuante seletiva das publicações e posterior inclusão no protocolo de seleção de amostra. Foram alocadas somente as publicações relacionadas ao objeto de estudo, pertinentes ao objetivo da pesquisa e satisfatórias no tocante aos critérios de inclusão: textos completos disponíveis online, publicação entre 2006-2014.

Na base LILACS foram encontrados 16 artigos, dos quais 06 compuseram amostra. Na base SCIELO foram triados 12 artigos, dos quais 09 foram integrados a análise. Para discussão de dados adotou-se a análise descritiva por inferência científica.

Resultados e Discussão

A Tabela 01 denota que, quanto ao método, a pesquisa mais freqüente foi à qualitativa (33,4%), este fato pode ser devido à abordagem naturalista e interpretativa que envolve as pesquisas neste campo, supondo assim um contato direto e mais prolongado com o ambiente escolhido e a situação analisada (SILVA et al., 2010).

Em seguida constatarem-se as prevalências do tipo de pesquisa documental (13,4%) e descritiva (6,6%). O maior percentual de artigos (46,6%) não descrevia de forma direta e elucidativa à abordagem metodológica empregada.

Tabela 1- Perfil metodológico dos artigos selecionados como amostra da pesquisa.

Características	n	%
Abordagem		
Qualitativa	5	33,4
Quantitativa	0	-
Documental	2	13,4
Descritiva	1	6,6
Não Informado	7	46,6
Total	15	100
Cenário		
Instituições Hospitalares	0	-



# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

UBSF	2	13,4
Instituição de longa permanência	3	20,0
Delegacia	2	13,4
Sistema de vigilância de violência	4	26,6
Não Informado	4	26,6
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>
<b>Região</b>		
Norte	0	-
Nordeste	6	40,0
Centro Oeste	1	6,6
Sul	1	6,6
Sudeste	2	13,4
Não informado	5	33,4
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>
<b>Autor</b>		
Docente	3	10,8
Enfermeiro (a)	9	32,0
Medico	1	3,5
Fisioterapeuta	6	21,5
Discente	4	14,2
Mestre	2	7,2
Não informado	3	10,8
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2014.

Quanto aos cenários de realização das pesquisas incluídas na análise, observou-se um elevado percentual de estudos pesquisados no Sistema de Vigilância de Violência, aludindo que os Sistemas de Informação são necessários ao atendimento das vítimas de violência e de acidentes, visando obter informações essenciais para a prevenção do agravo, além de monitorar as ações implantadas (MOTTA, 2010). A Instituição de longa permanência (Asilo) obteve um percentual de 20,0%, e em seguida as UBSF e Delegacia com 13,4% do total da amostra.

Os dados revelam que 40,0% das pesquisas são provenientes da região nordeste, seguida da região sudeste 13,4%; enquanto as regiões Sul e Centro-oeste foram evidenciadas em 6,6% da amostra. A região Norte não é citada com trabalho publicado.

A análise anuncia que os profissionais que mais pesquisaram sobre a violência contra o idoso, em diversos aspectos, foram: enfermeiros (32,0%), fisioterapeutas (21,5%), além de discentes diversos (14,2%). Constatou-se que os médicos têm pouca participação na elaboração de artigos voltados à temática representando 3,5%. É importante destacar que para a maioria dos artigos existia mais de um autor.

Observando a distribuição dos artigos ao longo dos anos pesquisados, constatou-se que 2008 obteve o maior número de publicações (33,4%).

Quanto às temáticas investigadas, a análise da tabela 02 denuncia que 53,4% discutem a violência contra os idosos praticada por familiares ou cuidadores; 20,0% dos textos abordam o conhecimento de profissionais sobre o tema da violência contra idosos; 20,0% investigam a violência psicológica contra idosos e apenas 6,6% dos trabalhos enfocaram a morte e internação por violência. De modo geral, pode-se afirmar que a maior preocupação dos autores diz respeito aos riscos a que a população idosa está submetida dentro de seu próprio ambiente familiar.

**Tabela 02- Perfil das temáticas pesquisadas nos artigos integrantes do estudo.**

Temática	n	%
Violência contra os idosos praticada por familiares ou cuidadores	8	53,4
Conhecimento de profissionais sobre o tema da violência contra idosos	3	20,0
Violência psicológica	3	20,0
Morte e internação de idosos por violência	1	6,6
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2014.

Concernente à Violência praticada por familiares ou cuidadores, verificou-se que na maioria dos casos, a família tem sido apontada como a principal autora de agressões. Entretanto existem dificuldades no combate a esse evento devido a sub-notificação existente (OLIVEIRA et al., 2012).

Segundo Nogueira; Freitas; Almeida (2011) é importante que a família seja conscientizada do seu papel de oferecer um ambiente adequado e digno no processo de envelhecimento, bem como ser conscientizada de seu papel em relação à tutela jurídica e amparo deste grupo etário, estes fatores são de grande relevância para diminuição desses índices.

Destarte a violência psicológica é uma das mais praticadas contra os idosos e quase sempre aparece associada a outros tipos de maus-tratos esse tipo de agressão causa dano à auto-estima, à identidade e ao próprio desenvolvimento da pessoa (DAY et al ,2012).

No tocante aos conhecimentos de profissionais sobre o tema da violência contra idosos, é de extrema importância que sejam apreendidos e aperfeiçoados; pois são os diversos atores sociais da saúde os grandes responsáveis por planejar, programar e realizar ações que envolvam a atenção à saúde da pessoa idosa de maneira integral; assim como por identificar os casos e prestar as devidas orientações, acolher de forma humanizada e prestar atenção continuada às necessidades de cada idoso (CORREIA et al., 2012).

Com relação à temática da morte entre idosos, em 2009, no Brasil os óbitos por causas externas (acidentes e violência) ocuparam a sexta posição dentre as causas morte deste grupo etário. Verificou-se que num total de 21.453 óbitos ocorridos entre idosos, destes 1.929 ocorreram devido às agressões (homicídios) (MASCARENHAS, 2012).

## Conclusão

Ressalta-se que a violência caracteriza-se como obstáculo para um envelhecimento seguro e de qualidade, pois causa inúmeros danos emocionais e sociais; solevando assim a importância da participação dos vários níveis da esfera governamental na elaboração de políticas, estabelecimento de parcerias, bem como instigando a formação contínua de profissionais sensíveis e capacitados para a lide com o problema.

A melhor formação de profissionais da área da saúde facilitaria a identificação de um maior número de casos de violência contra idosos; assim as denúncias não se restringiriam apenas a órgãos competentes, diminuindo efetivamente os casos de subnotificação.

Contribui-se assim, e também, com o destaque da necessidade de desenvolvimento de mais pesquisas a respeito deste tema; pois trabalhos como esse representam base para a implementação e viabilização de programas e estratégias voltadas a prevenção e diminuição dos índices de maus tratos e violência contra idosos.

## Referências

BRASIL, Ministério da saúde. Estatuto do Idoso. Brasília: Ministério da saúde. 2 ed. pp. 57, 2009. (Série E. Legislação de Saúde)

CORREIA, Thyago Moreira Paranhos et al . Perfil dos idosos em situação de violência atendidos em serviço de emergência em Recife-PE. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 3, set. 2012 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232012000300013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000300013&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 1 ago. 2014.

DAY, Vivian Peres et al . Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, 2012 . Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>

?script=sci\_arttext&pid=S0101-81082003000400003&lng=en&nrm=iso>. Acessos em 16 jul. 2014.

MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros et al . Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde - Brasil, 2010. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 9, set. 2012 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000900014&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900014&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 18 jul. 2014.

MOTTA, Alda Britto da. A atualidade do conceito de gerações na pesquisa sobre o envelhecimento. **Soc. estado.**, Brasília , v. 25, n. 2, ago. 2010 . Disponível em<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_a](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_a)

rttext&pid=S0102-69922010000200005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 2 ago. 2014.

NOGUEIRA, Caroline Furtado; FREITAS, Maria Célia de; ALMEIDA, Paulo César de. Violência contra idosos no município de Fortaleza, CE: uma análise documental. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 3, 2011 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttex](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex)

t&pid=S1809-98232011000300014&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 2 ago. 2014.

OLIVEIRA, Maria Liz Cunha de et al . Características dos idosos vítimas de violência doméstica no Distrito Federal. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 3, set. 2012 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232012000300016&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000300016&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 4 ago. 2014.

RIBEIRO, Adalgisa Peixoto; BARTER, Elaine Aparecida Chaves de Paiva. Atendimento de reabilitação à pessoa idosa vítima de acidentes e violência em distintas regiões do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 6, Sept. 2010 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000600011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000600011&lng=en&nrm=iso)>. acessos em 18 jul. 2014.

SILVA, Lucilane Maria Sales da et al . Pesquisa internacional em enfermagem: tendências temáticas e metodológicas. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 61, n. 5, Oct. 2010. Disponível em em<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672008000500014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000500014&lng=en&nrm=iso)>. acessos em 18 jul. 2014.

SOUZA, Edinilsa Ramos de; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 6, Sept. 2010 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000600002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000600002&lng=en&nrm=iso)>. acessos em 20 jul. 2014.

## Agradecimentos

Não se aplica.



# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Elys Oliveira Bezerra – Universidade Estadual do Ceará. Email: elysoliveira@gmail.com

Edelino Alves dos Santos – Universidade Estadual do Ceará

Priscila de Vasconcelos Monteiro – Universidade Estadual do Ceará

Ana Clara Patriota Chaves – Universidade Estadual do Ceará

Maria Lúcia Duarte Pereira – Universidade Estadual do Ceará

Palavras-chave: Leishmaniose. HIV. Síndrome da imunodeficiência adquirida. Coinfecção.

## Resumo

O Brasil, por ser epicentro da pandemia de aids na América do Sul e possuir forte endemicidade para leishmaniose, figura-se como um dos protagonistas em relação à gênese da coinfecção *Leishmania*/HIV. Face às mudanças no quadro epidemiológico das leishmanioses e da contaminação pelo HIV, a coinfecção adquire uma magnitude considerável, sendo observada a ocorrência crescente de casos da associação, com expansão geográfica da coinfecção para as diversas unidades federativas. Diante deste contexto, o objetivo deste estudo foi descrever alguns aspectos epidemiológicos e clínicos da coinfecção *Leishmania*/HIV de pacientes internados em hospital de referência em doenças infecciosas do estado do Ceará. Trata-se de um estudo retrospectivo, realizado mediante a análise de 100 prontuários de pacientes internados no referido hospital entre os anos de 2008 e 2012, com diagnóstico confirmado de coinfecção *Leishmania*/HIV. Observou-se que a maioria dos participantes estava coinfectada com leishmaniose visceral e era composta por jovens adultos, do sexo masculino, pardos, solteiros, com baixo nível de escolaridade, procedentes de Fortaleza e região metropolitana. Em geral, o diagnóstico de HIV/aids ocorreu antes do de leishmaniose. Febre, hepatoesplenomegalia, fraqueza, diarreia e/ou tosse, pancitopenia, emagrecimento e anorexia/hiporexia foram os sinais e sintomas mais frequentes. A maior parcela dos casos analisados evoluiu com melhora clínica do quadro. Os resultados deste estudo retratam o comportamento da coinfecção no Ceará e, assim, contribuem para a elaboração e implementação de medidas de prevenção e controle para essa associação de doenças de caráter emergente.

## Introdução

A leishmaniose é definida como uma doença causada por parasitas pertencentes ao gênero *Leishmania*, o qual está presente em quase todas as regiões do planeta. Pelo fato de ser uma enfermidade amplamente difundida na maioria dos continentes, apresenta-se como uma endemia em muitos países, pondo, dessa forma, a vida de milhares de pessoas em risco. Está entre as doenças mais ignoradas do planeta e é tipicamente visualizada em povos mais pobres, especialmente aqueles localizados nos países em desenvolvimento. Os índices de acometimento e prognósticos de ascensão da leishmaniose são alarmantes, o que fazem dela uma doença emergente (WHO 2010).

No Brasil, a leishmaniose é endêmica em várias regiões e configura-se como um grave problema de saúde pública. Verificou-se que essa endemia, nos últimos anos, está em franco processo de expansão geográfica pelo país. No contexto da expansão da epidemia de aids que vivenciamos no nosso país, as leishmanioses podem ser incluídas no rol de doenças oportunistas (BRASIL, 2011).

No início, a epidemia de aids assumiu um caráter predominantemente urbano por este ter sido o foco primário de aparecimento de casos. Concomitantemente, a leishmaniose permanecia mais prevalente nas zonas rurais do país. Porém, a partir do momento em que o ponto de convergência de ambas as enfermidades mudou, devido às mudanças no padrão de infecção pelo HIV, às alterações ambientais provocadas pelo homem e aos movimentos migratórios populacionais, ocorreu um intercruzamento de espaços geográficos detentores do maior número de casos de cada doença. Dessa superposição geográfica emerge uma nova associação: a coinfecção Leishmaniose – HIV (BARBOSA et al., 2013).

Face às mudanças no quadro epidemiológico das leishmanioses e da contaminação pelo HIV, a coinfecção adquire uma magnitude bastante considerável, sendo observada a ocorrência crescente de casos da associação, nos últimos anos, em mais de 30 países. O Brasil, por sua vez, também vem reproduzindo a tendência mundial com expansão geográfica da coinfecção para as diversas unidades federativas (BRASIL, 2011).

Diante do contexto atual de alteração da situação epidemiológica resultante do crescimento considerável do número de casos da coinfecção Leishmaniose – HIV, este estudo teve como objetivo descrever aspectos epidemiológicos e clínicos da coinfecção *Leishmania*/HIV de pacientes internados em hospital de referência para doenças infecciosas do estado do Ceará.

## Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo sobre a coinfeção Leishmaniose – HIV no estado do Ceará, realizado mediante consulta a prontuários de pacientes internados no Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ).

A população estudada compreendeu 182 prontuários médicos de pacientes pertencentes a todas as faixas etárias e dependentes do Sistema Único de Saúde (SUS), os quais foram internados no HSJ com diagnóstico confirmado de coinfeção *Leishmania*/HIV no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2012. A amostra foi constituída por 100 prontuários que se encontraram disponíveis no Serviço de Arquivo Médico e Estatística do referido hospital.

Os dados foram coletados entre os meses de abril e junho de 2014, registrados em formulário que abordava informações sobre variáveis socioeconômicas, demográficas e clínicas.

A análise dos dados envolveu estatística descritiva simples, com cálculo de frequência relativa, média e desvio padrão, utilizando-se o software *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS 16.0, sendo apresentados em tabelas e gráficos e discutidos com base na literatura atual específica.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HSJ, o qual deu parecer favorável em 25 de agosto de 2009 através do protocolo nº. 033/ 2009.

## Resultados e Discussão

A maioria da amostra foi constituída por indivíduos procedentes de Fortaleza e região metropolitana (83%); do sexo masculino (83%); pardos (69%); solteiros (60%); e adultos entre 20 e 39 anos (48%). A idade dos participantes menores de 1 ano variou de 4 a 8 meses, enquanto a dos maiores de 1 ano variou de 17 a 62 anos, sendo a média de idade para este grupo de 39,21 anos (Desvio Padrão - DP =  $\pm 11,17$ ).

A quantidade expressiva de coinfectados procedentes de Fortaleza e região metropolitana, corrobora com achados da pesquisa de Alexandrino-de-Oliveira et al. (2010), evidenciando que, cada vez mais, as leishmanioses avançam para as zonas urbana e periurbana das grandes metrópoles.

Fatores imunológicos específicos do homem, maior exteriorização corporal deste no ambiente pelo ato de despir o tronco em épocas de clima quente facilitando e favorecendo, assim, a picada do inseto vetor da doença, bem como condições de trabalho insalubres em regiões de mata densa ou desmatadas contribuem para que o sexo masculino seja o mais afetado pela LV e, conseqüentemente, pela coinfeção, considerando-se o padrão similar de contaminação do HIV (QUEIROZ E SILVA, 2013).

Quanto à escolaridade, 56% dos participantes possuíam nível de formação abaixo do ensino médio, sendo 10% analfabetos, 37% com ensino fundamental incompleto, 6% com ensino fundamental completo e 3% com ensino médio incompleto.

Carvalho (2009) expõe que o Brasil é um país berço da desigualdade social, da má distribuição de renda, do déficit educacional e da crescente especulação sobre a pauperização. A tendência é que, no país, haja aumento da prevalência de casos de HIV/Aids nos estratos sociais de baixo nível educacional (WHO, 2010).

Observou-se que 97% dos pacientes internados apresentaram Leishmaniose visceral (LV+HIV/Aids), apenas 2% tinham Leishmaniose tegumentar (LTA+HIV/Aids) e 1% estava coinfectado com ambas as formas clínicas de leishmaniose. O ano de 2011 concentrou o maior número de atendimentos (30%). O Gráfico 1 aponta a distribuição dos casos de coinfeção *Leishmania*/HIV e o ano de internação para tratamento.

**Gráfico 1: Distribuição do tipo de coinfeção por ano de internação. Fortaleza, CE, 2014.**



Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

O número de casos de coinfeção tendeu a um crescimento no intervalo compreendido entre os anos de 2008 e 2011. Em seguida, em 2012, houve uma redução do número total de casos atendidos. A Organização Mundial de Saúde aponta que a coinfeção vem assumindo um caráter emergente com tendência a um contínuo aumento do número de casos para os próximos anos, com incidência de aproximadamente 2 milhões de novos casos por ano no mundo (WHO, 2010).

A queda do número de casos verificada em 2012 pode estar associada à existência de um comportamento epidemiológico cíclico da LV, no qual se observa elevação do número de casos em períodos médios a cada cinco anos com posterior queda dos mesmos e também à utilização da HAART que atua contribuindo para a redução da incidência das leishmanioses (BRASIL, 2011).

Com relação à data de descoberta das infecções, tem-se que o HIV/aids, em geral, foi diagnosticado antes das Leishmanioses (73%). O diagnóstico se deu de forma simultânea em 14% dos casos, enquanto que a LV teve seu diagnóstico confirmado primeiramente em 9% da população. Em 4% da amostra não houve registro de informações nos prontuários referentes à data de diagnóstico.

Alexandrino-de-Oliveira et al. (2010) encontraram a LV sendo diagnosticada primeiro em 60,1% dos participantes de sua pesquisa, ressaltando o caráter oportunístico assumido pela leishmaniose, doença esta manifesta, principalmente, em decorrência de reativação de infecção latente ou ainda por infecção primária.

As manifestações clínicas mais frequentes foram febre (96%), esplenomegalia (84%), hepatomegalia (84%), fraqueza (80%), diarreia e/ou tosse (79%), pancitopenia (74%) e emagrecimento (70%). Dos três casos encontrados da coinfeção por LTA, em dois observou-se a presença da forma clínica cutânea e em um caso houve a expressão da forma clínica cutaneomucosa. A Tabela 1, a seguir, mostra as manifestações clínicas registradas em maior frequência nos prontuários analisados.

**Tabela 1 – Manifestações clínicas da coinfeção Leishmania/HIV. Fortaleza – CE, 2014.**

Sinais e sintomas	N	N%
Febre	96	96
Esplenomegalia	84	84
Hepatomegalia	84	84
Fraqueza	80	80
Diarreia e/ ou Tosse	79	79
Pancitopenia	74	74
Emagrecimento	70	70
Anorexia/Hiporexia	56	56
Náuseas e/ou Vômitos	42	42
Linfadenopatia	29	29
Edema	22	22
Arritmia cardíaca	18	18
Palidez cutaneomucosa	18	18
Fenômenos hemorrágicos	17	17
Icterícia	14	14
Hipergamaglobulinemia	10	10
Desnutrição grave	1	1
Formas clínicas da LTA	N	N%
Cutânea	66.7	66.7
Cutaneomucosa	33.3	33.3

Nota: Os participantes apresentaram mais de um sinal e sintoma.

Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

A tríade clássica da LV (febre, hepatoesplenomegalia e pancitopenia) que se expressa em indivíduos imunocompetentes é observada frequentemente na associação da doença com o HIV/aids. (BRASIL, 2011). Tendo em vista que as manifestações clássicas da LV foram evidenciadas neste estudo, ratifica-se a ponderação de Carvalho (2009, p.27), o qual afirma que: “A maioria dos relatos de co-infecção determina quadros clínicos semelhantes aos descritos em imunocompetentes [...]”. Porém, é importante ressaltar que tanto a LTA



quanto a LV, podem evoluir atipicamente na presença de HIV/aids dando origem a sinais e sintomas diferenciados e maior número de quadros recidivantes (QUEIROZ E SILVA, 2013).

Com relação ao tratamento da leishmaniose, a droga mais utilizada foi a Anfotericina B (93%), seguida da Anfotericina B Lipossomal (38%) e do Antimoniato de N-metil Glucamina (20%). Em 2% da amostra não houve registro de informações nos prontuários referentes ao tratamento para a leishmaniose. Na Tabela 2, observa-se que 46% dos pacientes foram tratados apenas com Anfotericina B e para 31% foi realizada a substituição da mesma pela Anfotericina B lipossomal.

**Tabela 2: Drogas utilizadas no tratamento da leishmaniose.**

Drogas utilizadas no tratamento da leishmaniose	N	%
Glucantime	4	4
Anfotericina B	46	46
Anfotericina B Lipossomal	1	1
Glucantime + Anfotericina B	10	10
Anfotericina B + Anfotericina B Lipossomal	31	31
Glucantime+ Anfotericina B + Lipossomal	6	6
Sem registro	2	2
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

Estudo de Alexandrino-de-Oliveira et al. (2010) evidenciou que os antimoniais pentavalentes e a Anfotericina B foram as drogas mais prescritas para a maior parcela de pacientes coinfectados. Porém, no presente estudo, o antimoniato de N-metil Glucamina (Glucantime) figurou como a droga de menor escolha.

Os antimoniais, no passado, foram usados preferencialmente para tratar as leishmanioses (até em casos de coinfecção), mas, devido à toxicidade, à resistência e à mortalidade observadas com o uso dessa categoria de droga, houve, desde a década de 80, mudança em direção à adoção da Anfotericina B para o tratamento da doença (COTA, 2013). Apesar de o esquema terapêutico mais utilizado para o tratamento da coinfecção ser composto pelas mesmas drogas indicadas para indivíduos imunocompetentes, a droga de primeira escolha tanto para LTA+HIV/Aids quanto para LV+HIV/Aids é a Anfotericina B, que, a qualquer momento, pode ser substituída por outras drogas como o AmBisome® ou o Glucantime®, caso haja algum efeito indesejável (BRASIL, 2011),

Com relação ao desfecho dos casos, tem-se 83% de alta, sendo que 66% recebeu *alta por melhora*, 8% receberam *alta não especificada* em folha de relatório de alta, 7% receberam *alta à pedido próprio ou abandonaram o ambiente hospitalar* durante o tratamento por diversas questões e 2% obtiveram *alta por cura da leishmaniose*. Os óbitos somaram juntos 15% do total da amostra, sendo 8% de óbitos relacionados a outras causas, 6% de óbitos sem causa especificada por não haver nos respectivos prontuários folha de relatório de óbito e 1% refere-se a óbito ocorrido em decorrência de Aids.

A alta por melhora do estado de saúde foi predominante, ao passo que os óbitos, por sua vez, ocorreram em quantidade menos significativa. Já a evidência de cura mostrou-se baixa, o que contrasta com as estimativas de Barbosa et al. (2013) para a sua amostra, na qual observou-se percentual de 62,6% de cura.

Devido à gravidade da LV, a doença apresenta frequências altas de letalidade potencializadas pela presença de inúmeras complicações. A melhora clínica resultante da efetivação do tratamento não necessariamente reflete a cura parasitária (QUEIROZ E SILVA, 2013). O enorme quantitativo de melhoras evidenciado neste estudo pode estar ligado ao uso preferencial de Anfotericina B. Cota (2013), em sua revisão sistemática, verificou que o uso de Anfotericina B mostrou-se mais vantajoso em relação aos Antimoniais Pentavalentes no que diz respeito à mortalidade, melhora clínica e presença de menor quantidade de eventos adversos. A utilização da TARV também pode ter representado um fator decisivo para a baixa taxa de evoluções para morte (BARBOSA et al., 2013)

É importante salientar a existência de quantidade considerável de dados não registrados nos prontuários dos pacientes, o que afeta a descrição fidedigna de algumas variáveis, pois, a cada dado omitido gera prejuízos à devolução de cientificidade para a comunidade em geral, fato este que não impediu o máximo empenho em superar as dificuldades impostas e a elaboração de um estudo mais próximo possível da realidade.

## Conclusão

A coinfecção *Leishmania*/HIV, seguindo a tendência mundial, mantém-se em franco processo de expansão no estado do Ceará, fato evidenciado pelo aumento dos casos atendidos entre os anos de 2008 e 2012 pela instituição de realização deste estudo, revelando a necessidade de elaboração e implementação de medidas eficazes de prevenção e controle da coinfecção em nosso estado.

# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

A leishmaniose visceral foi a forma clínica predominante. Observou-se equiparação entre o perfil epidemiológico dos portadores de leishmaniose e dos infectados pelo HIV no estado do Ceará, onde os adultos jovens do sexo masculino com idade média de 39 anos são os mais afetados pelas duas enfermidades. Acrescenta-se ainda que a coinfecção é típica das camadas menos favorecidas da sociedade.

Apesar de haver a possibilidade de surgimento de manifestações clínicas atípicas decorrentes da baixa imunológica provocada pela ação do HIV combinada ao modo diferenciado de expressão da leishmaniose, nota-se que a sintomatologia básica presente nos pacientes coinfectados não difere tão significativamente da encontrada em indivíduos imunocompetentes.

Deve haver uma conscientização dos profissionais responsáveis quanto ao total preenchimento de informações nas fichas de notificação/investigação, pois tal prática possibilita a descrição fidedigna da realidade da coinfecção em nosso estado.

## Referências

ALEXANDRINO-DE-OLIVEIRA, P. et al. HIV/AIDS-associated visceral leishmaniasis in patients from an endemic area in Central-west Brazil. **Mem. Inst. Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 105, n. 5, p. 692-697, ago. 2010.

BARBOSA *et al.* Aspectos da coinfecção leishmaniose visceral e HIV no nordeste do Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Salvador, v.37, n.3, p.672-687, jul./set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pacientes com a coinfecção *Leishmania*-HIV**. 1. ed. Brasília, DF, 2011b. 106p.

CARVALHO, F.L. **Co-infecção por *Leishmania sp.* em indivíduos vivendo com HIV/Aids**. 2009. 79f. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno-Infantil) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2009.

COTA, G. F. **Abordagem clínica da leishmaniose visceral entre adultos infectados pelo HIV**: acurácia diagnóstica, fatores prognósticos e eficácia terapêutica. 2013. 134f. Tese (Doutorado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2013.

QUEIROZ E SILVA, I. T. B. **Comorbidade leishmaniose visceral/AIDS no Estado de São Paulo, Brasil (1999-2010)**: aspectos epidemiológicos e moleculares. 2013. 92f. Tese (Doutorado em Ciências) – Programa de Doenças Infecciosas e Parasitárias, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

WHO. World Health Organization. **Control of the leishmaniasis: report of a meeting of the WHO expert committee on the control of Leishmaniasis, Geneva, 22-26 March 2010**. Geneva, 2010. (WHO technical report series, n. 949).

## Agradecimentos

Aos funcionários do Serviço de Arquivo Médico e Estatística do Hospital São José de Doenças Infecciosas, pela colaboração e viabilização de acesso aos objetos de estudo.





## INTERVENÇÃO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Brena Cristyne Viana Tavares – Instituto Superior de Teologia Aplicada - INTA [brena\\_7@hotmail.com](mailto:brena_7@hotmail.com)

Fernanda Brenda Medeiros de Moura

Vanessa Oliveira Lima

Bruna Nogueira Aguiar

Elaine Cristina de Oliveira Lima

Geovani Paulino Oliveira – Instituto Superior de Teologia Aplicada - INTA

Palavras-chave: promoção da saúde; acadêmicos; qualidade de vida; educação.

### Resumo

A promoção da saúde é um processo onde a população e a comunidade se capacitam para uma melhoria da saúde e da qualidade de vida. A saúde é entendida como um direito humano, sendo ela de modo equitativo para todos. Os programas ou atividades de promoção da saúde estão voltados na transformação dos comportamentos dos indivíduos, principalmente focando em seu estilo de vida e das culturas em que a comunidade se encontra, se concentrando assim em ações educativas, deixando com o controle os próprios indivíduos. Foram realizadas duas intervenções de enfermagem. A primeira, abordando o tema leishmaniose, um assunto de suma importância devido às condições precárias do ambiente e que são propícias a adquirir a doenças. E a segunda, sobre a higienização, com um público alvo de crianças de 4 e 5 anos. O presente estudo tem por objetivo promover e prevenir a saúde daquelas comunidades ali inseridas.

### Introdução

Atualmente com toda a tecnologia no mundo as informações são propagadas e divulgadas a todo instante por jornais, revistas, internet e vários outros tipos de mídia. Muitos programas se dedicam exclusivamente a falar sobre qualidade de vida e saúde. Porém, mesmo com tantas informações ainda há muito com o que os profissionais da saúde se preocupar. Várias novas estratégias foram utilizadas, uma delas a educação em saúde, que é considerada uma forma de possibilitar ações educativas respeitando a cultura, crença e valores dos sujeitos envolvidos. Quaisquer troca de experiência e aprendizagem pode ser entendida como educação em saúde, visando assim facilitar as ações de saúde, onde a participação do sujeito é voluntária. A saúde pode ser entendida como qualidade de vida, incluindo padrões adequados de alimentação e nutrição, habitação e saneamento, boas condições de trabalho, educação, ambiente físico limpo e apoio social. A promoção da saúde pode ser definida como uma combinação de apoios educacionais e ambientais visando ações e condições de vida para atingir a saúde.

Na educação em saúde tanto o profissional quanto o educando são considerados sujeitos da ação educativa, pois aprendem e ensinam um com o outro. A enfermagem tem o compromisso envolver as famílias em seus cuidados de saúde, pois a família tem um grande impacto sobre a saúde e o bem estar dos seus membros. Bulechek e McCloskey (2000) definem as intervenções de enfermagem *como “qualquer tratamento baseado em julgamentos clínico, realizado pela enfermeira para obter melhores resultados para um cliente/paciente”*. A intervenção tem como objetivo provocar uma mudança no pensamento dos indivíduos. A leishmaniose, também conhecida como Kalazar é um tema bastante discutido em intervenções, por ser uma doença que acomete os animais silvestres, mas também os humanos. É considerada uma enfermidade da pele e mucosas, a sua forma cutânea é caracterizada por lesões ulcerosas. Apesar de ser uma doença antiga, até hoje ela ainda é encontrada.

No Brasil, era conhecida por cerqueira ou por úlcera de Bauru. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2010, a prevalência das diferentes formas da leishmaniose ultrapassaram 12 milhões de casos. A transmissão ocorre quando os humanos penetram nas áreas onde o ciclo entre animais ocorre. Através de estudos Deane e Alencar na cidade de Sobral, Ceará se iniciou as

# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

primeiras campanhas governamentais para o reconhecimento de áreas endêmicas no Brasil. Iniciamos a intervenção através da realização de duas ações formuladas. A primeira ação foi realizada na Comunidade: Novo Recanto, no projeto da prefeitura pró-jovem, na qual o público alvo é familiar. O bairro é bastante simples, bem arborizado, com casas que não possuem forro, o piso de cimento queimado (piso liso), com pessoas humildes. A grande maioria dos animais da região é mazelada. O assunto abordado na região foi à leishmaniose, doença na qual afeta ao homem e ao cão, é transmitida pela picada de certas espécies de flebotomíneos (mosquito fêmea). Abordamos o que é a leishmaniose, como contrair a doença, os sintomas, forma de tratamento, e a prevenção. Também realizamos panfletagem informativa, e orientamos as pessoas a receberem os agentes endêmicos e levarem seus animais a campanhas preventivas. Palestramos para pessoas com faixa etária de 15 anos a 40 anos e crianças. A segunda ação foi realizada na creche Lúcia Sabóia – Anexo Osmar de Sá Ponte Quem nos recepcionou e quem nos apresentou os setores da creche foi a diretora e as professoras que cederam suas turmas e o assunto abordado foi a Higiene Pessoal.

## Metodologia

Estudo do tipo relato de experiência, realizado por acadêmicas de Enfermagem . A ação foi realizada para 29 crianças e entregamos um brinde no final (kit de higiene) para a criança que respondesse corretamente uma pergunta sobre o assunto abordado na apresentação. Achamos interessante e proveitoso realizar esse trabalho, pelo fato de ajudar, orientar sobre a Leishmaniose e pela oportunidade de ver de perto a vida de uma comunidade, no qual, tem certa carência de prevenção, pelo fato de não ter conhecimento sobre a doença e o prazer que tivemos de orientar as crianças sobre higiene pessoal, no qual se mostraram bem interessadas no assunto e participativas.

## Resultados e Discussões

Ao fazer o estudo, conseguimos verificar que a maioria dos estudos traz a prevenção e a promoção da saúde como eficácia para o tratamento e cura das doenças e que o profissional enfermeiro deve estar preparado para realizar programas de educação, pois o papel da enfermagem é de fundamental importância para a orientação e esclarecimento das enfermidades. Também é importante lembrar que o público alvo das intervenções são pessoas simples e que muitas vezes não tem acesso a informação. Finalmente, essa intervenção que teve como experiência a ação da enfermagem nos temas de higienização e leishmaniose.

## Conclusão

Através deste trabalho verificou-se que a intervenção da enfermagem é de suma importância. O enfermeiro por sua vez é responsável pelo paciente em sua consulta e transmitir as orientações devidas sobre a prevenção, porém essas orientações também podem ser repassadas através de palestras e ações educativas. Infelizmente podemos notar que grande parte da população ainda não tinha conhecimento da transmissão das doenças e consequentemente, não sabiam como evita-lás. Desta forma, a pesquisa torna-se salutar pois vem, justamente, trazer para a comunidade mais informações resultando, assim, num contributo para que se possa lidar melhor com tal problemática instituindo praticas e condutas educacionais que possa prevenir a doença e suas mazelas.

O que ficou subtendido de nossa pesquisa foi e que atrela valor ao que já expomos acima.

## Referências

BUSS, D. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciência e saúde coletiva, 7 ed. Rio de Janeiro, 2000.

Educação em saúde / [organizadores] Sonia Maria Rezende Camargo de Miranda, William Molaquitti. – São Paulo: Phorte, 2010.

NEVES, David Pereira Parasitologia Humana / David Pereira Neves. – 12.ed.—São Paulo : Editora Atheneu, 2011.

WRIGHT, Lorraine M., 1944- Enfermeiras e famílias : guia para avaliação e intervenção na família / Lorraine M. Wright, Mauren Leahey; [tradução Silvia Spada]. – São Paulo: Roca, 2012. Tradução de: Nurses and families : a guide to family assessment and intervention, 5<sup>th</sup> Ed.

# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

## Agradecimentos

A Deus, pela força e coragem que tem nos dado durante toda essa caminhada.

As nossas famílias, que sempre nos apoiaram em nossas decisões.

Agradecemos também a todos os nossos professores por nos fazer entender até aqui o sentido do cuidar na enfermagem.



## **INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA SÍNDROME DA HIPERTENSÃO GESTACIONAL (SHEG):REVISÃO INTEGRATIVA.**

Sadrine Maria Eufrasino de Pinho– Universidade de Fortaleza – [sadrine.mep@gmail.com](mailto:sadrine.mep@gmail.com)

Samyle Medeiros Dantas – Universidade de Fortaleza

Tailany Angelo dos Santos – Universidade de Fortaleza

Tatiana Rodrigues de Castro – Universidade de Fortaleza

Simone Paes Melo – Universidade de Fortaleza

Palavras-chave: Síndrome da Hipertensão Gestacional. Enfermagem.

### **Resumo**

Trata-se de uma Revisão Integrativa realizada com o objetivo de descrever da enfermagem na prevenção a síndrome da hipertensão gestacional (SGH). O estudo ocorreu no período de agosto de 2014 e constaram da busca na base de dado da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). O intervalo de tempo selecionado para a busca foi entre 2010 e 2014. Foram encontrados 10 artigos. Desses, após a aplicação das etapas dessa modalidade de revisão, apenas 04 artigos preencheram os critérios de inclusão e foram analisados. Os resultados apontaram que a valorização da interação profissional e usuário, na busca de uma assistência de qualidade, consequentemente reduz a taxa de morbimortalidade materna ocasionada pela hipertensão arterial. Porém existe a necessidade de uma SAE específica para esse perfil de paciente, fazendo-se necessário a realização de um maior número de pesquisas focados na sistematização da assistência a pacientes com SHEG. Na detecção precoce dos sinais de SHEG e na conduta terapêutica, conclui-se que a verificação da PA feita na sala de preparo é inapropriada para o monitoramento dessas gestantes, havendo um mascaramento da situação de saúde materno-fetal, dificultando, retardando, ou mesmo omitindo o diagnóstico precoce da SHEG. Nesse sentido conclui-se que o modo mais eficaz de intervir na hipertensão durante a gravidez é a realização de um pré-natal de maneira correta em todos os âmbitos da atenção básica, desde a sala de preparo, durante as aferições pressóricas, até o fim da consulta, priorizando um atendimento minucioso e completo.

### **Introdução**

# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Os cuidados no pré-natal permitem acompanhar mensalmente, quinzenalmente e até semanalmente a gravidez da gestante, na qual identifica situações de risco para a mãe ou para o feto, corrigindo-as quando necessário. Uma atenção adequada pode evitar graves desfechos negativos para mãe e o bebê (MENDOZA-SASSI et Al., 2011)

Os desfechos perinatais são resultantes de uma complexa rede de fatores que inclui determinantes não só biológicos, mais principalmente socioeconômicos e assistenciais. Por isso, a assistência pré-natal pode contribuir para desfechos mais favoráveis ao permitir a detecção e o tratamento oportuno de afecções, além de controlar fatores de risco que trazem complicações para a saúde da mulher e do bebê (DOMINGUES et Al., 2012).

No Brasil, a assistência pré-natal vem melhorando gradativamente, a disponibilidade em realizar procedimentos clínicos e exames laboratoriais contribui para essa melhora (CESAR et. Al., 2012). A efetividade de diversas práticas realizadas rotineiramente na assistência pré-natal para prevenção da materna e perinatal também contribui para essa melhoria, sendo essas o diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial, anemia, sífilis e infecção urinária; a suplementação de sulfato ferroso; a vacinação antitetânica, entre outros. E os benefícios dessa assistência, geralmente correlacionando maior número de consultas a desfechos mais favoráveis (DOMINGUES et Al., 2012).

Os distúrbios hipertensivos são as complicações mais comuns na gravidez, parto e puerpério, acomete cerca de cinco a 10% das gestantes, podendo se apresentar sob diversas formas clínicas, entre elas, a hipertensão gestacional, hipertensão arterial crônica, pré-eclâmpsia e eclâmpsia. Tornando uma das principais causas de óbito materno em países em desenvolvimento (GOMES et Al., 2013).

Existe vários fatores que aumentam a chance de uma gestante ter hipertensão arterial: primiparidade, diabetes mellitus, gestação gemelar, história familiar de pré- eclampsia e eclampsia, hipertensão arterial crônica, pré- eclampsia sobreposta em gestação previa, hidropisia fetal (não imune), gestação molar, nova paternidade. Outros fatores com evidencia mais fraca: IMC > 25,8; idade materna maior do que 35 anos, uso de método anticoncepcional de barreira, aborto prévio, ganho excessivo de peso (BRASIL, 2012).

Apesar da alta cobertura da assistência pré-natal, as taxas de mortalidade materna no Brasil ainda são consideradas elevadas e a hipertensão arterial é uma das principais causas desse evento, podendo-se presumir que um dos problemas é a qualidade do atendimento pré-natal (VETTORE et Al., 2011).

O presente estudo foi realizado devido o índice ainda elevado da taxa de mortalidade materna no Brasil, tendo como relevância mostrar a importância de se realizar o pré-natal adequado, viabilizando a atuação do profissional competente. Desta forma, este estudo teve como objetivo mostrar os meios que a enfermagem tem de previne a síndrome da hipertensão gestacional (SHEG).

## Metodologia

Tratou-se de revisão integrativa da literatura realizada em agosto de 2014, tendo como tema: Intervenção de Enfermagem na prevenção da Síndrome da Hipertensão Gestacional (SGH). Foi utilizado o portal de busca da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). O intervalo de tempo selecionado para a busca foi entre 2010 e 2014. Utilizou-se como descritores “síndrome da hipertensão gestacional” e “enfermagem” de forma integrada. Utilizou-se como critérios de inclusão: artigos que abordassem a temática, artigos publicados disponíveis gratuita, eletronicamente no idioma português e inglês e que apresentam texto completo. Foram excluídos: resumos de congresso, anais, editoriais, comentários, opiniões, monografias, teses e dissertações. Foram encontrados 10 trabalhos em uma primeira fase. Na segunda fase, foram aplicados os critérios de inclusão estabelecidos, resultando em 04 artigos. Para a extração e padronização dos dados dos artigos incluídos adaptou-se instrumento previamente construído de outros artigos de revisão sistemática, que contemplou aspectos de identificação do artigo original, materiais e métodos, aspectos estudados, resultados encontrados, e conclusões do estudo assim como a organização de um quadro explicativo. 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

Avaliação das condutas de prevenção da síndrome hipertensiva especifica da gravidez em adolescentes.

**Estudo descritivo com abordagem quantitativa.** Buscou-se identificar nas adolescentes o grau de conhecimento a respeito da identificação dos fatores de risco da SHEG, e as ações para prevenção e controle destes fatores. A pesquisa foi realizada em uma unidade básica de saúde, com perfil do SUS, localizada no município de Fortaleza. Foram entrevistadas 25 adolescentes, com idade de 13 a 17 anos, todas com fatores de risco da SHEG, exceto para Eclampsia. Na avaliação do grau de conhecimento para prevenção e/ou controle dos fatores de risco, 15 gestantes citaram a redução da ingestão de sal. Na adesão das condutas, foi identificado que a grande maioria seguia as condutas para preservar sua autoimagem diante do companheiro.

Conclui-se que devido à falta de conhecimento sobre as condutas que evitam a SHEG, torna-se mais favorável o comprometimento da gestação. A causa está no baixo nível de escolaridade, falta de informação, condição socioeconômica desfavorável, dentre outros.

**Sistematização da Assistência de Enfermagem a Paciente com Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação.**

Pesquisa descritiva. Realizado em uma Maternidade-Escola, localizada em Fortaleza/CE. Objetivou-se construir um formulário específico (SAE) para as gestantes com SHEG contendo os principais diagnósticos e intervenções de enfermagem, com a intenção de melhorar o cuidado, facilitar e direcionar o trabalho de enfermagem. O estudo foi realizado em unidade específica para pacientes com SHEG, com total de 10 leitos e centro obstétrico. A coleta de dados envolveu entrevista, exame físico e consulta ao prontuário. O instrumento para coleta de dados foi um questionário semi - estruturado, com base na taxonomia II da NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*). Participaram do estudo 15 gestantes, com IG a partir da 20ª semana gestacional, com diagnóstico de SHEG e idade a partir de 18 anos. As questões estão relacionadas com a SHEG e reações emocionais diante desse quadro clínico. O objetivo do formulário aplicado foi identificar os principais diagnósticos de enfermagem e o planejamento da assistência. A análise partiu de informações coletadas dos instrumentos, e, confrontadas com a literatura sobre SAE. Inicialmente, verificaram-se os principais diagnósticos de enfermagem dessas pacientes segundo a NANDA, e posteriormente, foram traçadas as intervenções pertinentes a cada diagnóstico, propostas pela taxonomia da *Nursing Intervention Classification* (NIC). Nos resultados foram identificados 26 diagnósticos de enfermagem da taxonomia da NANDA 2009-2011, dentre os quais foram selecionados 11 diagnósticos mais frequentes, apresentados em pelo menos 20% das gestantes. Conclui-se que existe a necessidade de uma SAE específica para esse perfil de paciente. Como relevância, faz-se necessário a realização de um maior número de pesquisas focados na sistematização da assistência a pacientes com SHEG.

**Análise dos níveis pressóricos em gestantes no diagnóstico precoce da síndrome hipertensiva gestacional.**

Estudo comparativo e quantitativo, feito com 94 gestantes em um centro de saúde da família (CSF), localizado em Fortaleza/CE. Objetivou-se comparar os níveis pressóricos de PA em gestantes aferidos em dois momentos e com posterior comparação. No primeiro momento, a PA é coletada na sala de preparo da unidade, sendo mensurada por técnicos de enfermagem. Posteriormente a PA é novamente verificada no consultório, seguindo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Foi encontrada nos resultados uma grande disparidade nos valores, que podem repercutir na detecção precoce dos sinais de SHEG e, conseqüentemente, na conduta terapêutica. Com base nisso, conclui-se que a verificação da PA feita na sala de preparo é inapropriada para o monitoramento dessas gestantes, havendo um mascaramento da situação de saúde materno-fetal, dificultando, retardando, ou mesmo omitindo o diagnóstico precoce da SHEG. Fica por tanto, uma insegurança enfrentada por parte das gestantes e pré-natalistas, e uma assistência de baixa qualidade que pode desestruturar as estratégias para acompanhamento do pré-natal.

**A Atuação da Enfermagem na Prevenção da Hipertensão Gestacional.**

Estudo explorativo, em revisão de literatura, com objetivo de conceituar a hipertensão arterial quando presente na gestação e suas conseqüências para o binômio mãe - filho. Destaca também a importância do enfermeiro para a prevenção da hipertensão durante o pré-natal, com informações e conduta terapêutica. Foram feitas pesquisas em livros, revistas, base de dados Descritores em Ciências da Saúde (DECS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, SCIELO – Scientific Electronic Library Online, LILACS (Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), CAPES (banco de teses e dissertação), documentos governamentais (Ministério da Saúde). Foram selecionados 36 artigos, encontrando os conceitos de Hipertensão gestacional, Hipertensão crônica, Pré-eclampsia superposta à hipertensão crônica, Assistência de enfermagem na prevenção de hipertensão gestacional e Tratamento. A pesquisa concluiu que a hipertensão arterial na gestação é bastante complexa, e ressalta a importância do enfermeiro que atua na linha de frente na identificação dos fatores de risco, na conscientização das gestantes e no acompanhamento de rotina. Ressalta-se, portanto, a valorização da interação profissional e usuário, na busca de uma assistência de qualidade como conseqüente redução na taxa de morbimortalidade materna ocasionada pela hipertensão arterial.

Procedência	Título do Artigo	Autores	Periódico (vol, nº, pág, ano)	Considerações /Temática
Biblioteca Virtual em Saúde	Avaliação das condutas de prevenção da síndrome hipertensiva específica da gravidez em adolescentes.	Silva M.P, Santos Z.M.S.A, Nascimento R.O, Fonteles J.L.	Rev. Rene. Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 57-65, out./dez.2010.	Estudo descritivo com abordagem quantitativa, que buscou identificar nas adolescentes o seu grau de



# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

				conhecimento a respeito da identificação dos fatores de risco da SHEG, e as ações para prevenção e controle destes fatores.
<b>Biblioteca Virtual em Saúde</b>	Sistematização da assistência de enfermagem a paciente com síndrome hipertensiva específica da gestação.	Aguiar M.I.F, Freire P.B.G, Cruz I.M.P, Linard A.G, Chaves E.S, Rolim I.L.T.P.	<b>Rev. Rene. Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 66-75, out./dez.2010.</b>	<b>Construção de um formulário (SAE) específico para gestantes com SHEG, baseado na NANDA e NIC.</b>
<b>Biblioteca Virtual em Saúde</b>	Análise dos níveis pressóricos em gestantes no diagnóstico precoce da síndrome hipertensiva gestacional.	Gomes A.S, Chaves A.F.L, Silva R.B, Damasceno A.K.C, Franco R.G.F.M, Oriá M.O.B.	Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2013 out/dez;15(4):923-31.	<b>Estudo comparativo e quantitativo, da verificação e resultados da PA de gestantes em um CSF.</b>
<b>Biblioteca Virtual em Saúde</b>	A atuação da enfermagem na prevenção da hipertensão gestacional.	Ribeiro A.G Lima G.R Silva E.A.M	Artigo apresentado no V Seminário de Pesquisas e TCC da FUG no semestre 2013-1	<b>Estudo explorativo em revisão de literatura, onde se buscou conceitos de hipertensão arterial</b>

				<p>presentes na gestação e suas consequências para mãe e bebe. Destacando o papel do enfermeiro diante dessa patologia.</p>
--	--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### Conclusão

Nesta pesquisa foram encontrados estudos que caracterizam e descrevem a assistência de enfermagem voltada para prevenção da hipertensão gestacional, o que se destaca a importância de um pré-natal qualificado, de uma boa aplicabilidade na aferição da pressão arterial durante os processos na atenção básica. Também foram identificados pesquisas sobre a importância da identificação dos fatores de risco e conscientização das gestantes durante as consultas.

Verificou-se que o modo mais eficaz de intervir na hipertensão durante a gravidez é a realização de um pré-natal de maneira correta em todos os âmbitos da atenção básica, desde a sala de preparo, durante as aferições pressóricas, até o fim da consulta, priorizando um atendimento minucioso e completo. Espera-se que os conhecimentos demonstrados por esse estudo possam ampliar as possibilidades de mudança, na atenção primária acerca da prevenção de hipertensão durante a gravidez.

### Referências

AGUIAR, M.I.F. de; FREIRE, P.B.G.; CRUZ, I.M.P; LINARD, A.G.; CHAVES, E.S.; ROLIM, I.L.T.P. Sistematização da assistência de enfermagem a paciente com síndrome hipertensiva específica da gestação. Rev. Rene. Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 66-75, out./dez.2010.

BRASIL. Ministerio da Saúde. Atenção ao pré- natal de baixo risco. Serie A. Normas e Manuais Tecnicos. Caderno de Tenção Basica, nº 32. Brasília – DF. 2012.

DOMINGUES, R.M.S.M.; HARTZ, Z.M.A.; DIAS, M.A.B.; LEAL, M.C. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(3):425-437, mar, 2012.

GOMES, A.S.; CHAVES, A.F.L.; SILVA, R.B. da; DAMASCENO, A.K.C.; FRANCO, R.G.F.M.; ORIÁ, M.O.B. Análise dos níveis pressóricos em gestantes no diagnóstico precoce da síndrome hipertensiva gestacional. Rev. Eletr.vol.15 no.4 Goniania out./dez. 2013.

MENDOZA-SASSI, R.A.M.; CESAR, J.A.; TEXEIRA, T.P.; RAVACHE, C.; ARAÚJO, G.D.; SILVA, T.C. da. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(4):787-796, abr, 2011.

MORAES, J.L.; OLIVEIRA, A.S. de; HERCULANO, M.M.S.; COSTA, C.C. da; DAMASCO, A.K.C. Prevalência de síndrome hipertensiva gestacional em maternidade de referência: estudo descritivo. Online Brazilian Journal of Nursing, v. 9, p. No 2, 2010.

SILVA, P.M.; SANTOS, Z.M.S.A.; NASCIMENTO, R.O. do; FONTELES, J.L. Avaliação das condutas de prevenção da síndrome hipertensiva específica da gravidez entre adolescentes. Rev. Rene. Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 57-65, out./dez.2010.

# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

VETTORE, M.V.; DIAS M.; DOMINGUES, R.M.S.M.; VETTORE, M.V.; LEAL, M.D. Cuidados pré-natais e avaliação do manejo da hipertensão arterial em gestantes do SUS no município do Rio de Janeiro. Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(5):1021-1034, mai, 2011.

## **Agradecimentos**

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado força e determinação para realizar esse trabalho, agradeço também a minha família por ter compreendido a minha ausência em quanto estava pesquisando artigos e também agradeço a minha professora Simone Paes pelo total apoio e orientações.



## **INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE A NR32: UMA EXPERIÊNCIA PILOTO COM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL DE ENSINO**

Miria Conceição Lavinias Santos – Enfa . Doente Externo do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFC (mlavinias@fortalnet.com.br)

Maria da Conceição Cavalcante da Costa – Enfa Mestranda do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem/UFC/FUNCAP

Gerdane Celene Nunes Carvalho– Enfa Mestranda do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem/UFC

Patricia Lavinias Santos – Discente do 6º semestre de Psicologia / UNIFOR

Rosy Denyse Pinheiro de Oliveira –Enfa Mestranda do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem/UFC

Marta Maria Coelho Damasceno– Enfa Docente do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem /UFC

Palavras-chave: Promoção da Saude .Estrategias educaticas.Enfermagem.Norma Regulamentadora 32-NR32.

### **Resumo**

A equipe de enfermagem no desenvolvimento sua atividade laboral se expõe a diversos riscos. Esse cenário nos serviços de saúde suscita a realização de intervenções educativas que abordem a promoção da saúde do trabalhador na ambiência de atuação, considerando os riscos inerentes aos meios, instrumentos e processos de trabalho. Objetivou-se nesse estudo apresentar estratégias educativas voltadas para a equipe de enfermagem de um Hospital Universitário de Fortaleza/CE sobre a NR 32, abstraindo o significado dessa norma para os trabalhadores de enfermagem, identificando o paradoxo entre a teoria e a prática para subsidiar o planejamento de ações e destacando os resultados advindos da intervenção. Trata-se de um relato de experiência de intervenção educativa realizada de modo transversal um Hospital Universitário na cidade de Fortaleza/CE no ano 2013/2014. Os resultados apontaram lacunas a cerca de pontos específicos da NR 32, no qual foram abordados os pontos relevantes dessa norma à luz da dinâmica desenvolvida no serviço hospitalar em quarto momentos, incluindo conhecendo a NR 32, a estrutura física de acordo com a NR-32, cuidados com a manipulação com produtos químicos e físicos. A exposição forneceu subsídios teóricos para implementação de medidas na práxis. Desse modo, torna-se imperativo a realização de educação permanente com enfoque na promoção da saúde dos trabalhadores de enfermagem voltado para os riscos advindos do processo de trabalho através da co-responsabilização entre os gestores, administradores do serviços e profissionais de saúde.

### **Introdução**

A equipe de enfermagem é um dos membros da equipe de saúde que passa mais tempo em contato direto com os pacientes, no desenvolvimento de sua atividade laboral enfrenta condições que a expõe a diversos riscos e consequentemente ao desgaste físico e emocional (FERREIRA, 2012; LELIS, 2012).

Essas formas de desgaste advindo da atividade laboral são desencadeadas pela exposição às cargas de trabalho, que consistem na interação do trabalhador com o objeto de trabalho, com os instrumentos utilizados na execução de suas atividades e com as formas do processo organizacional (BALSAMO, FELLI, 2006).

Quanto à exposição dos riscos nas instituições de saúde, podemos classificá-los em físico, químico, biológico, ergonômico (KON, 2011). Corroborando para esta classificação, os riscos à saúde do trabalhador apontados em um estudo multicêntrico realizado por Silva et al (2013), obteve a prevalência de 36,8% de cargas fisiológicas, 27,2% de cargas biológicas, 25,% de cargas mecânicas e 18,9% de cargas psíquicas, ao passo que os riscos químico e físico não teve notoriedade.

Esse panorama exige o planejamento de intervenções que incluam ações de promoção à saúde dos trabalhadores, no qual a base precípua consiste na identificação dos problemas para o estabelecimento de programas preventivos, educação em saúde, estratégias de intervenção e organização dos serviços existentes (FERREIRA, LELIS, 2012).

A Norma Reguladora NR 32 (Brasil, 2005) dispõe sobre a saúde do trabalhador identificando os riscos que esses profissionais estão expostos, os programas de prevenção dos riscos ambientais e da saúde ocupacional, fornecendo subsídios teóricos a serem implementados nos serviços de saúde para assegurar condições dignas de trabalho no que se refere à infraestrutura, recursos materiais e processos de trabalho.

Em pesquisa realizada por Reinhardt e Fischer (2009) sobre as intervenções relacionadas à saúde do trabalhador do setor saúde foram identificadas situações desfavoráveis de promoção de saúde, que consistiam em programas de intervenção sem base teórica sólida e dissociada da gestão do serviço, vigilância em saúde voltada para doenças e agravos específicos, falhas na comunicação e falta de participação e controle por parte dos trabalhadores sobre o ambiente de trabalho.

Desse modo, o presente estudo tem como objetivo apresentar estratégias educativas voltadas para a equipe de enfermagem de um Hospital Universitário de Fortaleza/CE sobre a NR 32, abstraindo o significado dessa norma para os trabalhadores de enfermagem, identificando o paradoxo entre a teoria e a prática para subsidiar o planejamento de ações e destacando os resultados advindos da intervenção.

## Metodologia

Trata-se de um estudo transversal com aplicação de uma intervenção educativa realizada em um Hospital Universitário na cidade de Fortaleza/CE no período de agosto/2013 a janeiro/2014. A amostra foi composta pelos profissionais de enfermagem do serviço de clínica cirúrgica da referida instituição, (10 enfermeiros; 18 auxiliares de enfermagem e 08 técnicos de enfermagem) distribuídos nos serviços noturno e diurno. Não participaram do estudo, profissionais de férias (02 enfermeiros, 02 auxiliares de enfermagem e um 01 técnico de enfermagem) e licença médica (01 técnico de enfermagem). A intervenção ocorreu nos plantões diurnos (escala de serviço é 12x36) e noturnos (escala 12x60). Para a aplicação da estratégia educativa, o retorno a unidade era previamente agendada, juntamente com os facilitadores da educação permanente.

Optou-se por aplicar uma estratégia de Intervenção de cuidado indireto, utilizando a técnica de exposição oral com entrega de material instrucional, sob a forma de folder educativo elaborado pela equipe de facilitadores, contextualizando a promoção da saúde com base na norma regulamentadora NR32 em relação à Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde em vigor a partir de junho de 2010, contextualizando a promoção da saúde.

A coleta de dados, realizada em quatro etapas. Cada etapa obedecia a seguinte ordem: aplicação do pré-teste, estratégia educativa e aplicação do pós- teste.

*Primeira etapa:* Entregue uma carta convite aos profissionais de enfermagem. A pesquisadora, junto a enfermeira da educação continuada, foi apresentada a equipe com antecipação previa de 07 dias, com apresentação da proposta a ser elaborada, explanação breve acerca da atividade a ser desenvolvida e entrega de carta convite aos profissionais interessados. A apresentação oral observou a seguinte ordem: dez (10) minutos para conceitos introdutórios, partindo da premissa que de nivelamento do conhecimento basal do público alvo caracterizado como novo, incipiente ou insuficiente para atingir análise pré-teste, 10 minutos para exposição do folder, e 10 minutos para considerações finais da equipe de apresentação do tópico, perfazendo o período de tempo total de 30 minutos de exposição. Após este foi ofertado 10 minutos para reforço conceitual e dissolução de ruídos de comunicação e finalização com avaliação espontânea acerca da dinâmica realizada apresentada pela equipe de saúde.

*Segunda etapa:* Aplicação da educativa aos profissionais que aceitaram a participar do estudo, (folders nº 1 e 2) - (1) Conhecendo a NR-32, (2) A estrutura física dentro da NR-32; *Terceira etapa:* Aplicação da estratégia folder nº 3 - Cuidados com a manipulação de produtos químico e físico na unidade, aos profissionais que participaram da segunda etapa do estudo e a *Quarta etapa:* Elaboração de relatório com a consolidação das estratégias de intervenção, com base nas considerações apresentadas nas quatro categorias

temáticas/folders, e apresentados de forma descritiva. O estudo obteve autorização da instituição e do Comitê de Ética (Protocolo nº: 078.07.13).

## **Resultados e Discussão**

### **CONHECENDO A NR 32**

Nessa primeira etapa foram abordados na estratégia educativa pontos relevantes concernentes às normativas convergentes à preservação da saúde do trabalhador, com ênfase nas diretrizes norteadoras do objeto, os instrumentos e o processo de trabalho utilizado pela equipe de enfermagem.

A NR32, específica para segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde, foi aprovada em 11 de novembro de 2005 pela Portaria nº 485 do Ministério do Trabalho e Emprego (MET), tendo sua implementação através das Portarias N.º 939, de 18 de novembro de 2008, (DOU de 19/11/08 – Seção 1 – pág. 238), e revogada pela Portaria n.º 1.748, de 30 de agosto de 2011, publicada no DOU de 09/31/09/11, as quais estabeleceram o prazo máximo de 120 dias para entrada em vigor a partir de da última publicação em 31/12/2011.

A apreensão dos subsídios da NR 32 pelos os profissionais de saúde é de suma relevância, conforme apontado por Fagundes (2009), uma vez que a adequação da NR 32 permeará a criação de ambientes saudáveis para os profissionais de saúde, contribuindo para elevação dos níveis de bem estar, resolatividade no trabalho, com possíveis minimização de riscos potenciais à saúde, redução da mortalidade e absenteísmo. No entanto, para sua apropriação se exige capacitação e disposição de adesão a mudança cultural e comportamental.

Com a exposição dos pontos relevantes da NR 32, os profissionais foram alertados quanto à normatização de instrumentos, práticas, campo de aplicação, responsabilidades dos empregadores e dos profissionais e das agências corresponsáveis em assegurar a saúde do trabalhador no âmbito dos serviços de saúde, adequando todas essas premissas para a ambiência hospitalar.

### **A ESTRUTURA FÍSICA DE ACORDO COM A NR 32**

No segundo momento foi entregue o folder referente à estrutura física da Clínica Médica, com ênfase nos instrumentos necessários na ambiência para evitar o risco de acidente com material biológico, uma vez detectado, em ação conjunta relatada pelas comissões de Educação Permanente e Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da referida instituição, a alta prevalência de acidentes em decorrência da inadequação dos procedimentos realizados, disponibilização de Equipamento de Proteção Individual e da correta apropriação das medidas de biossegurança pelos profissionais de enfermagem.

Nesta perspectiva, Ribeiro e Shimizu (2007) infere que a prevalência de acidentes com profissionais de enfermagem mostra preparo deficiente, falta de treinamento e de capacitação de profissionais, somados aos ambientes físicos não adequados, falta de material apropriado em quantidade e qualidade para realizar os procedimentos, ausência de manutenção preventiva de equipamentos, número de trabalhadores aquém do necessário gerando sobrecarga excessiva aos existentes.

Esses ambiente e o processo de trabalho predispõe à ocorrência de acidente conforme pesquisa realizada por Kon et al (2011) sobre acidentes com material biológico em unidades sentinelas com os profissionais, na qual os resultados apontaram que a ocupação mais envolvida em acidentes com material biológico foram os técnicos e auxiliares (45,3%), através principalmente de objetos perfurocortantes (73,4%) e durante a administração de medicamentos (12,8%).

Neste contexto, é imperiosa a apropriação de todas as nuances que envolvem infraestrutura e a dinâmica dos serviços, com identificação das áreas de riscos através de mapa de risco e com apropriação do fluxo da rotina hospitalar através da utilização de ferramentas disponíveis no setor, como o manual de normas, rotinas e procedimentos.

Com a exposição dos pressupostos desta categoria, os profissionais foram sensibilizados quanto à indissociabilidade da tríade saúde ocupacional, infraestrutura e processo de trabalho, compreendendo que a sistemática hospitalar envolve uma série de processos que impõe à participação da gestão governamental, direção do serviço e atuação dos profissionais como protagonistas na adequação da estrutura física do serviço de saúde de acordo com as exigências da NR\_32.

### **CUIDADOS COM A MANIPULAÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS E FÍSICOS**

No terceiro momento da intervenção foram apontados aspectos inerentes à manipulação de produtos químicos e físicos. Embora tenha sido apontada no estudo de Silva (2013) uma prevalência mínima de acidentes com substâncias físicas e químicas, esse cenário converge para uma negligência quanto às medidas de proteção a esse tipo de risco, o desconhecimento dos profissionais em identificar as situações de vulnerabilidade e a dificuldade de tomada de decisão.

Vale salientar, que esse panorama epidemiológico dos acidentes com produtos químicos e físico não ratifica a inexistência do potencial risco, uma vez que os trabalhadores de enfermagem se expõem com frequência a esses produtos na sua atividade laboral quando manipulam meios e instrumentos de trabalho através de produtos químicos como medicamentos, soluções, desincrostantes ou esterilizantes, anti-sépticos, quimioterápicos, gases analgésicos, ácidos para tratamento dermatológicos e do contato com materiais de látex (RIBEIRO; SHIMIZU, 2007).



# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Perpassando para a influência dos profissionais nesses acidentes, em pesquisa realizada por Felli e Costa (2004) foi apontado que os profissionais desconhecem os possíveis efeitos das substâncias químicas. Além do mais, essa imperícia pode implicar na ocorrência de falhas nos padrões técnicos de aquisição ou aprovação das substâncias ou produtos pelos órgãos nacionais competentes.

No que concerne aos riscos físicos, uma pesquisa realizada por Rezende (2003) evidenciou o desconhecimentos dos profissionais, identificando que 30,6% dos profissionais de uma categoria de enfermagem conseguiram identificar o risco físico, ao passo que 58,5% identificaram como substâncias ou produtos que penetravam no organismo por via respiratória, pela a pele ou ingestão, confundindo-a com a química

Em face ao iminente risco de acidente com material químico e físico destacado na literatura apreende-se a necessidade de identificar a influência desses riscos nos diversos procedimentos realizados pela equipe de enfermagem, o que tornará factível a instituição medidas de proteção, que devem começar desde a aquisição dos produtos até o seu descarte.

Desse modo, foi despertada a atenção dos profissionais para compreensão dos riscos dos serviços de saúde para além do biológico, com ênfase na inclusão de protocolos de manipulação dos meios e instrumentos de trabalho desde os medicamentos até os quimioterápicos e na organização no ambiente e processo de trabalho.

## **PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

Contextualizando a discussão da saúde e segurança no trabalho através da estratégia educativa para os profissionais de enfermagem foi despertada a atenção do público-alvo pela metodologia adotada, na qual a entrega dos folders e a exposição em pontos relevantes facilitou o processo ensino-aprendizagem. O que ficou corroborado pela solicitação dos profissionais para a extensão da intervenção para todos os setores do hospital.

Nesse sentido, é imperativa a criação de cenários para que trabalhadores de enfermagem discutam questões relativas à saúde, condições de trabalho e planejem estratégias para eliminação e ou redução dos riscos potenciais, Nesta perspectiva de abstração sobre os dispositivos normativos devem ter como base as experiências das suas atividades, levando em consideração dos meios, instrumentos e processos de trabalho (RIBEIRO; SHIMIZU, 2007) .Inserindo a educação permanentes nessa problemática submersa nos serviços de saúde é possível pensar, contribuir e (re)construir a promoção da saúde dos trabalhadores no cenário hospitalar baseado nos dispositivos normativos disponíveis, uma vez que a implementação das ações devem ser voltadas para toda dinâmica de trabalho.

Segundo Silva e Seiffert (2009), a utilização da estratégia educativa deve ser efetivada através de ações do núcleo de Educação Permanente em Enfermagem, a qual objetiva para o alcance do sucesso a necessidade de adesão máxima, com a utilização de um método de ensino-aprendizagem dinâmico e contínuo, para internalização de saberes pela aquisição de novos conhecimentos, ou atualização de tecnologias, adequando o corpo funcional para a realidade social e institucional exigida.

Com este enfoque, cabe destacar o papel do enfermeiro nesse processo de educação permanente, segundo Silva et al (2013) a responsabilidade daqueles que coordenam o trabalho de enfermagem têm a possibilidade de instituir mudanças, as quais possam contribuir para uma real transformação do processo de trabalho e do processo de saúde/doença dos trabalhadores.

## **Conclusão**

Neste estudo ratifica-se a importância de articular estratégias de educação permanente que transcendam as ações de saúde do trabalhador limitadas às medidas preventivas e considere todo o processo de trabalho, baseado no diagnóstico situacional dos serviços de saúde.

Para tornar essas ações exequíveis é fundamental a co-responsabilização de diversos atores que incluem os gestores, administradores do serviços e profissionais de saúde na perspectiva de atuar na melhoria das condições de trabalho no que se refere à recursos humanos, materiais e infraestrutura.

A Operacionalização dessas ações asseguraria à saúde ocupacional dos profissionais de enfermagem, garantindo um praxis com a redução dos riscos e a maximização da qualidade dos processo de trabalho.

## **Referências**

BALSAMO, Ana Cristina; FELLI, Vanda Elisa Andres. Estudo sobre os acidentes de trabalho com exposição aos líquidos corporais humanos em trabalhadores da saúde de um hospital universitário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, June 2006 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692006000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000300007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 Jul 2013.

# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

BRASIL, Ministério do Trabalho. **Segurança e medicina do trabalho**: Lei n.6.514, de 22 dezembro de 1977, normas regulamentadoras (NR) aprovadas pela Portaria nº 3.214 de 8 de junho de 1978. São Paulo: Atlas, 1997.

\_\_\_\_\_, Ministério do Trabalho. **Portaria n.º 485, de 11 de novembro de 2005**. Aprova a norma Regulamentadora n.º 3 - Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde. Brasília, 2005.

COSTA, T. F.; FELLI, V. E.A. Acidentes do trabalho com substâncias químicas entre os trabalhadores de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 57, n. 3, June 2004 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672004000300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000300002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 Jul 2013.

FAGUNDES, G. NR-32 uma realidade na área hospitalar. Disponível em:<<http://www.artigonal.com/saude-artigos/nr-32-uma-realidade-na-area-hospitalar-865667.html>>. Acesso em: 14 Jul 2013.

FERREIRA, N. N. Síndrome do esgotamento profissional e fatores associados em técnicos de Enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo. Campinas, SP; s.n; 2012. 93 p. tab

KON, N. M.; SOLTOSKI, F.; REQUE Jr., M.; DO AMARAL LOZOVEY, J.C. Acidentes de trabalho com material biológico em uma Unidade Sentinela: casuística de 2.683 casos. **Revista Bras. Med. Trab.**,v.33,n.6,p.33-6, Oct, 2011.Disponível em: [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=76282&id\\_seccion=3898&id\\_ejemplar=7586&id\\_revista=238](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=76282&id_seccion=3898&id_ejemplar=7586&id_revista=238).Acesso em: 14 Jul 2013.

LELIS, C. M. et al . Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em profissionais de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 3, 2012. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002012000300025&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300025&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 Jul 2013.

REINHARDT, E.L, FISCHER, F.M. Barreiras às intervenções relacionadas à saúde do trabalhador do setor saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v.25, n.5, p.411-7,2009.Disponívelem:<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3287.pdf>. Acesso em: 14 Jul 2013.

RIBEIRO, E. J. G.; SHIMIZU, H. E. Acidentes de trabalho com trabalhadores de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 5, Oct. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672007000500010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000500010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 Jul 2013.

REZENDE, M.P. **Agravos à saúde de auxiliares de enfermagem resultantes da exposição ocupacional aos riscos físicos**. 2003.127f. Dissertação (mestrado em Enfermagem). Escola de enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto,2003.

SILVA, S. M. da et al . Estratégias de intervenção relativas à saúde dos trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários no Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 1, Feb. 2013 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692013000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000100003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 Jul 2013.

SILVA, G.; SEIFFERT O,M.L.B. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. **Rev Bras Enferm**.Brasília,v.62,n.3,p.362-6,maio-jun,2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/05.pdf>. Acesso em: 14 Jul 2013.

## Agradecimentos

# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Agradecemos ao Hospital Universitário Walter Cantídio por ter autorizado a realização do estudo. Aos profissionais de enfermagem da Clínica pela disponibilidade de participarem do estudo.



## **INTERVENÇÃO LÚDICA COM CRIANÇAS INTERNADAS NA PEDIATRIA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL**

Andressa da Rocha Evangelista (apresentador) – Universidade Estadual Vale do Acaraú - andressarochaevangelista@hotmail.com

Cryslany Portela de Aguiar – Universidade Estadual Vale do Acaraú

Talita Peres Reial – Universidade Federal do Ceará

Maria Júlia Alexandrino Oliveira – Universidade Estadual Vale do Acaraú

Elizabeth Gomes Rodrigues – Universidade Federal do Ceará.

Francisco Plácido Nogueira Arcanjo (Orientador) – Universidade Federal do Ceará

Palavras-chave: Criança hospitalizada. Ludoterapia. Pediatria. Promoção da Saúde.

### **Resumo**

A hospitalização pode se tornar traumática algumas vezes na vida do indivíduo. A criança fica fragilizada, devido a diversos fatores, como o comprometimento de sua saúde, afastamento de seus familiares, amigos e escola e também devido ao ambiente, que muitas vezes, é pouco acolhedor. Sabe-se que os brinquedos e brincadeiras não são meros divertimentos, mas servem como um auxílio para que a criança atinja seu desenvolvimento sócio - emocional e cognitivo. O ato de brincar e apresentar atividades à criança de forma lúdica proporciona a interação dos conteúdos nas diferentes formas de pensar, facilitando a assimilação e entendimento de muitos conceitos, podendo acelerar seu tratamento. O presente trabalho busca proporcionar as crianças internadas na Pediatria da Santa Casa de Misericórdia de Sobral oficinas, contações de histórias e brincadeiras em seus leitos para auxiliar na melhoria de seu tratamento. Foram incluídos no estudo todos os pacientes, portadores de qualquer tipo de enfermidade, com idade variando entre 3 a 12 anos e cujo período de internação ultrapasse 3 dias. A técnica utilizada é uma entrevista semiestruturada com os pais e com as crianças. Os dados foram organizados através da interpretação dos resultados baseados na literatura pertinente. Com base nas entrevistas semiestruturadas, questionários de satisfação e desenhos projetivos, pudemos comprovar a eficácia das intervenções lúdicas na aceitação do tratamento e melhoria do quadro clínico das crianças participantes do estudo.

### **Introdução**

A hospitalização pode ser considerada uma situação traumática para o ser humano, acontecendo quando este necessita de cuidados mais especiais, decorrentes do agravamento de sua doença. Para a criança, os aspectos traumáticos envolvidos no processo de

# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

hospitalização podem ser intensificados, visto que, estas não dispõem do mesmo repertório comportamental de um adulto, podendo não saber lidar de forma adequada com a situação. As consequências da hospitalização para a criança irão depender de diversos fatores: a idade, duração do período de interação, tipo de doença, nível prévio de funcionamento psíquico, preparo que recebeu para a hospitalização, contatos terapêuticos antes, durante e após a permanência no hospital (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006). A criança hospitalizada pode ficar bastante sensibilizada e fragilizada, pois esta se encontra em um ambiente estranho que lhe impõe restrições, afastado de sua rotina, passiva à vontade e ordens de pessoas estranhas, longe de seus familiares, além de estar debilitada pela doença e pelo tratamento a que está submetida, que apesar de necessário, muitas vezes é doloroso e invasivo. A existência de atividades que procurem minimizar o sofrimento de crianças hospitalizadas é de extrema importância, pois o hospital muitas vezes é visto pela criança como um local assustador, onde irão “receber injeções, e serem mal tratadas”. Moraes e Costa (2009) afirmam que a hospitalização é uma experiência desagradável, pois determina processos de perda, independente do tempo de internação, pois as crianças são mais vulneráveis que os adultos, exigindo adaptações a mudanças do seu dia a dia. A criança pode ficar bastante sensibilizada e fragilizada, devido aos impactos que a doença e o processo de internação causam em sua vida. Assim, a utilização de recursos que auxiliem no enfrentamento do processo de internação, pode colaborar para que estas crianças não fiquem tão deprimidas no ambiente hospitalar, além de contribuir para que estas tenham uma melhor adesão ao tratamento e consequentemente uma reabilitação mais rápida e eficaz. É interessante que estes recursos, aproximem ao máximo possível, as crianças de sua rotina fora do ambiente hospitalar, pois isso permitirá que elas possam ter contato com acontecimentos que lhes causem prazer, minimizando o sofrimento que o período de internação propicia.

O lúdico pode ser considerado uma boa alternativa para auxiliar no enfrentamento das dificuldades ocasionadas pela internação, pois permitirá que a criança vivencie uma experiência positiva durante esse processo, tornando sua passagem pelo hospital mais agradável. O brinquedo tem um importante valor terapêutico, influenciando no restabelecimento físico e emocional, pois pode tornar o processo de hospitalização menos traumatizante e mais alegre, fornecendo melhores condições para a recuperação (FRANÇANI, *et al*, 1998). Então, levando em consideração que o brincar no hospital pode ajudar muito, e não apenas a criança, mas também quem a acompanha, seus familiares, e toda a equipe interdisciplinar que está a sua volta, pode-se afirmar que as atividades lúdicas podem contribuir positivamente em todo ambiente, podendo ajudar no processo de internação, no curso do tratamento e na alta hospitalar. Nesse sentido, a realização de atividades lúdicas com crianças que se encontram em processo de hospitalização, pode ser considerada uma estratégia de promoção da saúde, pois o atendimento e a atenção com essas crianças não deve se restringir apenas aos aspectos relacionados à saúde física, mas também aos aspectos pessoais, sociais e psicológicos. O lúdico, através dos brinquedos e brincadeiras pode ser uma forma eficaz de englobar esses aspectos, contribuindo para que a criança possa superar os seus conflitos e dificuldades.

## Metodologia

Estudo de cunho exploratório-descritivo de natureza quantitativa e qualitativa, em que foi utilizada a metodologia da pesquisa-ação, visto que são desenvolvidas intervenções junto aos sujeitos do estudo. A pesquisa está sendo ainda realizada na Santa Casa de Misericórdia de Sobral (SCMS), sendo a Pediatria Sinhá Barreto da SCMS o campo de pesquisa adotado. Como método de amostragem neste estudo optou-se pela amostra acidental ou de conveniência, pois os sujeitos são facilmente acessíveis e respondem aos critérios de inclusão precisos, ou seja, permite escolher indivíduos que estão no local certo e no momento certo. (Hill e Hill, 2005). Os sujeitos dessa investigação são crianças hospitalizadas portadoras de qualquer tipo de enfermidade, que estejam em tratamento. Dessa forma, as crianças recebem visitas de equipes de atividades lúdicas compostas por acadêmicos da Universidade Estadual Vale do Acaraú e Universidade Federal do Ceará. São aplicadas atividades que proporcionaram prazer e diversão, como por exemplo, atividades de pintar, ouvir histórias, ler livros, jogar dominó, jogo da memória, sendo autorizadas pelos responsáveis das crianças por meio da assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido. São incluídos no estudo todos os pacientes internados, portadores de qualquer tipo de enfermidade, com idade variando entre 3 a 12 anos e cujo período de internação ultrapasse 3 dias. Esse período de internação é utilizado como parâmetro, pois o consideramos como suficiente para propiciar mudanças significativas na vida da criança, sendo possível fazer o acompanhamento e avaliação do impacto que as intervenções lúdicas tem na melhoria do quadro clínico dos mesmos.. Depois da autorização em participar da pesquisa é preenchido um protocolo de consulta ao prontuário das crianças para que seja feito o registro com precisão de dados referentes à realidade da criança como quem ela é; os motivos de sua internação, o tempo de sua internação, se já teve internações anteriores e quem é seu acompanhante. Depois dessa etapa, uma entrevista semiestruturada é realizada com os pais e com as crianças. O objetivo dessas entrevistas é conhecer um pouco mais sobre a rotina da criança dentro e fora do hospital e compreender as significações que estas dão a doença e ao espaço hospitalar, para que posteriormente, avaliações sejam feitas com o intuito de verificar se as intervenções lúdicas tiveram algum impacto na concepção que as crianças tem deste ambiente. Antes de dar início à intervenção propriamente dita, solicita-se que as crianças façam um desenho projetivo sobre suas opiniões acerca do ambiente hospitalar e do processo de internação, também é solicitado que as crianças contem a história do desenho às pesquisadoras. Estes desenhos são analisados de acordo com suas respectivas histórias, com o intuito de identificar os aspectos positivos e negativos da vivência hospitalar. Durante a intervenção, são realizadas atividades como contação de histórias infantis, apresentação de fantoches pelos pesquisadores do projeto, entre outras brincadeiras educativas, estimulando e distraindo a criança no seu período de internação. Posteriormente as intervenções é pedido que as crianças façam um desenho com suas novas percepções acerca do ambiente hospitalar.. Também é aplicado um questionário de satisfação com as crianças e com os pais. A pesquisa obedeceu a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que preza pela beneficência, não maleficência, justiça e autonomia.



## Resultados e Discussão

O espaço hospitalar é um ambiente que pode propiciar muitas mudanças na vida de pessoas, principalmente, das que necessitam se submeter a um processo de internação, pois ao ingressar neste espaço, o sujeito necessita cessar a maioria das atividades que realiza rotineiramente, podendo vivenciar um estado de sofrimento psíquico devido às modificações que afetam diretamente as relações estabelecidas em suas vidas. Percebe-se, que além da internação, o afastamento das atividades e hábitos rotineiros, impacta bastante na fragilidade e sensibilidade das crianças internadas, deste modo, se faz necessário, que intervenções paralelas sejam pensadas com o intuito de fazer com que as crianças possam ter um bom desenvolvimento no período em que estão hospitalizadas. Com base nas entrevistas semiestruturadas, questionários de satisfação e desenhos projetivos, está sendo possível comprovar a eficácia das intervenções lúdicas na aceitação do tratamento e melhoria do quadro clínico das crianças participantes do estudo. No início da intervenção, percebia-se, na maior parte dos desenhos, o desejo da criança de estar em casa com toda sua família. Nas histórias sobre os desenhos, o ambiente hospitalar era relatado como um local de sofrimento e ociosidade. Após as atividades lúdicas, está sendo possível perceber algumas evidências no discurso da maioria dos responsáveis pelas crianças, que referiram melhora significativa dos mesmos, destacando que estes passaram a tratar melhor os profissionais de saúde, sem medo ou receio, demonstraram estar mais felizes e participativos e tiveram uma melhor aceitação da dieta oferecida de acordo com seu tratamento e as medicações necessárias. Os desenhos feitos após as intervenções mostraram claramente a mudança da percepção sobre o hospital, pois o local passou a ser retratado como um espaço feliz, com brincadeiras e profissionais amigos. Assim, as atividades lúdicas no contexto hospitalar, puderam contribuir para uma recuperação mais rápida das crianças internadas, pois a aceitação bem como o estado psicológico em que a criança se encontrava, influenciaram significativamente na evolução do tratamento. A importância do estudo também está relacionada ao fato de a pesquisa ser apoiada em práticas interdisciplinares de promoção da saúde, havendo o encontro de pesquisadores de várias áreas do conhecimento, oportunizando uma intervenção mais eficaz, humanizada e benéfica, pois assim promove-se a saúde mental que impacta diretamente na melhoria da saúde física.

## Conclusão

1

2 As atividades desenvolvidas mostraram que o brincar dentro de um hospital é um elemento de grande relevância no que diz respeito ao  
3 desenvolvimento, saúde e bem estar da criança hospitalizada. Verificou-se que as atividades lúdicas podem contribuir de forma bastante  
4 significativa, atuando como uma ferramenta facilitadora na evolução do tratamento da criança, além de englobar aspectos necessários da  
5 infância, que no caso, são os processos lúdicos. Deste modo, a pesquisa desenvolvida na pediatria da SCMS, evidencia que atividades lúdicas  
6 contribuem para que o período de internação seja mais facilmente superado pelas crianças, uma vez que tira a ociosidade e proporciona diversão  
7 e entretenimento, além de estimular o raciocínio lógico e a memória dos pequenos. Esse resultado pode ser percebido de forma indireta através  
8 da satisfação e entusiasmo com que as crianças que participam e/ou participaram do estudo, demonstram durante a realização das atividades  
9 lúdicas, além dos resultados coletados diretamente através da entrevista realizada ao final do período de internação, que confirmam os dados  
10 citados acima. Assim, conclui-se que a presença de atividades lúdicas no processo hospitalização infantil é de suma importância, devido os  
11 benefícios que propiciam para as crianças, para seus familiares e para a equipe de saúde envolvida no processo, sendo também, uma forma de  
12 influenciar a promoção da saúde e a humanização dentro do contexto hospitalar.

## Referências

BARROS, Danielle Marotti de Souza; LUSTOSA, Maria Alice. A ludoterapia na doença crônica infantil. Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p.114-136, dez. 2009.

FRANÇANI, G.M; ZILIOI, D; SILVA, P.R.F; SANT'ANA, R.P.M; DE LIMA, R.A.G. Prescrição do dia: infusão de alegria utilizando a arte como instrumento na assistência à criança hospitalizada. Revista Latino-americana de Enfermagem, v. 6, n. 5, p. 27 - 33, 1998

MOTTA, Alessandra Brunoro; ENUMO, Sônia Regina Fiorim. BRINCAR NO HOSPITAL: CÂNCER INFANTIL E AVALIAÇÃO DO ENFRENTAMENTO DA HOSPITALIZAÇÃO. Psicologia, Saúde & Doenças, Espírito Santo, v. 2, n. 1, p.23-41, 2002.

OLIVEIRA, M. E. Mais uma nota para a melodia da humanização. In: OLIVEIRA, M. E.; ZAMPIERI, M. F. M; BRUGGEMANN, O . M. A melodia da humanização: reflexos sobre o cuidado durante o processo do nascimento. Florianópolis. Ed. Cidade Futura, 2001

RODRIGUES, Carla Estefânia Moreira. Importância do Lúdico no Impacto Psicológico da Hospitalização Infantil. Cabo Verde, 2013

SEGASPINI, Fabíola Vieira. O Brincar como instrumento terapêutico no tratamento de crianças com câncer: a visão da família. 2009. 77 f. TCC (Graduação) - Curso de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2009.

CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO ESPECIAL, 3., 2008, São Carlos. PEDAGOGIA HOSPITALAR: A EDUCAÇÃO NO LEITO OFERECIDA AS CRIANÇAS INTERNADAS NO HOSPITAL INFANTIL DA ZONA LESTE DE MANAUS. Manaus: PPGEs, 2008. 10 p.



LINDQUIST, I. (1993). A Criança no Hospital: Terapia pelo Brinquedo (R.Z. Altman). São Paulo, SP: Scritta. (Original publicado em 1970).

HILL, M.; Hill, A. (2005) Investigação por Questionário. Lisboa: Edições Sílabo. Krishel, S.; Baraff, L. (1993) “ Effect of Emergency Department Information on Patient Satisfaction” Annals of Emergency Medicine, 22 (3) 568-572.

TRINCA, Ana Maria Trape; A intervenção terapêutica breve e a pré-cirurgia infantil. São Paulo: Vetor, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde – CONEP. Resolução N° 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

CAMPOS, Dinah Martins De Souza O teste do desenho como instrumento de diagnóstico de personalidade. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 1984.

MORAES. Gilvânia Smith da Nóbrega; COSTA, Solange Fátima Geraldo da. Experiência existencial de mães de crianças hospitalizadas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 43 n. 3, set., 2009.

## **Agradecimentos**

Agradecemos a realização do presente trabalho primeiramente à Deus, por estar sempre ao nosso lado, contribuindo para a realização das nossas metas; à Santa Casa de Misericórdia de Sobral, que nos permite realizar projetos de pesquisa que contribuem para uma formação acadêmica com qualidade, pois é onde se trabalha a interdisciplinaridade e a humanização; aos profissionais de saúde do setor da Pediatria, que nos auxiliaram na busca pelas crianças e nos apoiaram no desenvolvimento das atividades; agradecemos também ao nosso orientador, que nos instruiu e apoiou em todos os momentos; e a todas as crianças e suas famílias que aceitaram participar do nosso estudo.

## **INTERVENÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM UM GRUPO DE MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Mayara Nascimento de Vasconcelos – Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA. mayaravasconcelos92@hotmail.com

Karysia Bezerra Brito Veras – Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA

Patrícia Maria Pinheiro de Carvalho – Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA

Syla Maria Maranhão Coelho – Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA

# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Sabrina Raquel de Lima Andrade – Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA

Ana Lúcia Siqueira Araújo- Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA

Palavras-chave: Profissionais do sexo. Educação em saúde. Equipe Multiprofissional

## Resumo

As profissionais do sexo é um grupo da sociedade que possui um acesso ainda limitado aos serviços de atenção primária a saúde, ofertados no país, seja por motivos culturais ou pessoais destas trabalhadoras. Com o objetivo de minimizar esta “distância” que há entre estas e a atenção primária a saúde as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) tentam de alguma forma aproximar-se das profissionais do sexo para fornecer o acesso à saúde a estas. Assim, a temática escolhida fundamenta-se na necessidade que se observa pela atenção primária na falta do cuidado a saúde da mulher neste grupo. Este estudo objetiva sensibilizar as mulheres profissionais do sexo quanto a aspectos importantes da própria saúde visando à qualidade de vida destas. Os sujeitos do estudo são mulheres que fazem parte de um prostíbulo de um município da região Norte do Estado do Ceará/Brasil. Trata-se de um estudo qualitativo na modalidade de relato de experiência com enfoque em atividades educativas em saúde voltadas para a saúde da mulher. As profissionais do sexo eram compostas por 10 mulheres. A partir das tentativas de aproximação com o grupo observou-se uma resistência. Tendo ocorrido apenas um encontro, dentro do planejado, com a dona do prostíbulo, equipe ESF, Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e residentes multiprofissionais em saúde da família. O maior obstáculo encontrado foi o “distanciamento” com a proprietária do prostíbulo. O presente relato de experiência mostra que são diversas as dificuldades para se atingir um grupo de profissionais do sexo e que apesar dos “obstáculos” é importante ser firme no desenvolvimento deste trabalho já que este é um público que necessita do acesso à saúde.

## Introdução

A prostituição feminina é uma atividade que perpassa historicamente por todas as civilizações, porém o que se observa é que ainda é muito dificultoso o acesso das profissionais do sexo aos serviços de saúde. Segundo Aquino et al (2010), por medo, vergonha e por se sentirem a margem da sociedade, as profissionais do sexo acabam desistindo de procurar e comparecer as unidades básicas de atendimento.

A saúde é direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988). Portanto, as profissionais do sexo devem receber um atendimento de forma integral e igualitária, não devendo sofrer por parte dos profissionais de saúde nenhum tipo de discriminação. A ação educativa é um dos princípios norteadores das ações dos profissionais da saúde, que atuam como facilitador nesse processo (MACHADO et al., 2007).

As intervenções necessárias para a promoção da saúde devem estar centradas num trabalho coletivo e garantidas através de políticas sociais que possibilitem uma assistência humanizada e resolutiva. Essas intervenções devem permitir o planejamento e o desenvolvimento de ações educativas onde a comunidade seja o foco central da atenção à saúde (COSTA et al., 2009). A atividade de Educação em Saúde não se caracteriza por impor o que é importante, mas por facilitar e oferecer condições para que as pessoas encontrem a melhor forma de cuidar da saúde, tendo atitudes conscientes e decidindo por seu projeto de vida. Pensando nisso, surgiu a necessidade de uma intervenção mais cuidadosa ao grupo de mulheres profissionais do sexo, pertencente ao território do CSF Tamarindo, situado na cidade de Sobral-CE, visto que foi um interesse e uma necessidade exposta pelas próprias mulheres que compõem o grupo. Este estudo oferece uma experiência relevante que poderá contribuir para o acervo literário a respeito deste tema tão importante e constituirá também uma fonte a mais de pesquisa e de fomentação de interesse para novas construções, além de estimular outros serviços e outros profissionais ao interesse comum de cuidar desta clientela que muitas vezes não são o “foco” dos profissionais de saúde. O estudo objetiva sensibilizar as profissionais do sexo de um prostíbulo no interior do estado do Ceará, quanto a aspectos importantes da própria saúde, visando proporcionar uma melhor qualidade de vida. Através, da percepção das mulheres sobre seu próprio processo de saúde, o autocuidado, a reflexão sobre sexualidade, reflexão e cidadania.

## Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa na modalidade de relato de experiência com enfoque em atividades educativas em saúde voltadas para a saúde da mulher, onde o público-alvo foram mulheres profissionais do sexo de um prostíbulo de um município do interior do Estado do Ceará. O cenário do estudo será um prostíbulo localizado em um bairro de vulnerabilidade e riscos para estas profissionais do sexo. Os sujeitos do estudo serão as mulheres profissionais do sexo que trabalham no estabelecimento supracitado.



# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Foram utilizadas metodologias do tipo participativas, com emprego de acolhimento, dinâmicas e rodas de conversa, onde no primeiro encontro com a dona do prostíbulo foi pactuado as reais necessidades do grupo para se trabalhar no decorrer das reuniões, a periodicidade e a duração dos encontros.

Dentre os temas que foram pactuadas para serem discutidos nos encontros com as profissionais do sexo são estes, noções sobre autocuidado e autoestima, noções sobre sexualidade, noções de cidadania e direitos e as doenças sexualmente transmissíveis.

O cronograma das atividades educativas foram realizadas pela equipe de Residência Multiprofissional em Saúde da Família que consiste em uma Educadora Física, uma Farmacêutica, uma Fisioterapeuta, uma Fonoaudióloga e uma Nutricionista, com o apoio da Enfermeira e a Agente Comunitária de Saúde da equipe mínima da Estratégia de Saúde da Família, além da Psicóloga e Assistente Social do Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

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

O primeiro passo para a formação do grupo de mulheres profissionais do sexo se deu quando a equipe de residentes recém-chegadas a uma unidade de saúde acaba por perceber um baixo número de grupos em saúde na unidade, associado a isto ocorreu a procura, por parte da proprietária de um prostíbulo pertencente ao território coberto pela unidade referida, por serviços de saúde que pudessem ser disponibilizados dentro de seu estabelecimento.

O Sistema Único de Saúde (SUS) garante que as pessoas devem ser assistidas por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, em conjunto a ações assistenciais e preventivas (LEI 8080, 1990)

Essas ações seriam de cunho educativo em um primeiro momento, e a partir dessa procura por serviços de saúde iniciou-se o planejamento das ações que seriam desenvolvidas no local, levando em consideração a abordagem de assuntos que fossem além da sexualidade, como autocuidado, direitos trabalhistas, relações interpessoais dentre outros, organizados pelos profissionais da Residência Multiprofissional, NASF e Equipe de Referência, isso para nortear nas próprias mulheres que antes de profissionais do sexo elas são seres humanos.

Guimarães e Merchán-hamann (2005), afirmam que ainda hoje, a figura da mulher profissional do sexo está associada à transmissão das DST, devido a atividade sexual constantemente adotada. Porém, essa imagem é fruto do desvio do modelo padrão comportamental. Em se tratando desse grupo, tais questões contribuem para que essas mulheres tornem-se suscetíveis a crises de identidade, baixa autoestima e depressão.

As atividades que pretendiam ser desenvolvidas com essa população possibilitava conhecer a realidade vivida por essas mulheres no que tange ao difícil acesso aos serviços de saúde, a adesão às medidas preventivas, autocuidado, prazer, família, entre outros. Como fator primordial limitante desse cuidado identificou-se o horário em que desempenham suas atividades como profissionais do sexo, a qual não tem dia e horário determinado.

Visto isso Moraes (2008), afirma que alguns agravantes aos quais as profissionais do sexo podem estar expostas devido à multiplicidade de parceiros e pela vulnerabilidade a que estão submetidas, é muitas vezes as más condições de vida, negação do parceiro ao uso do preservativo, diferentes tipos de violência e baixa autoestima, fatores estes que acabam por interferir na qualidade de vida da mulher e causar problemas de caráter patológico.

Assim, após algumas conversas entre a equipe idealizadora do grupo sobre a maneira de chegar até essas mulheres para haver o planejamento das ações que seriam realizadas de acordo com a disponibilidade de tempo delas e abordando temáticas de sugestão também das mesmas, foi realizado um primeiro contato com o seu ambiente de trabalho a fim de pactuar uma data para a realização do primeiro encontro.

Nesta mesma visita nós saímos com alguns encaminhamentos importantes, entre os quais se destacavam o local de realização dos encontros, a periodicidade e a confirmação das participantes. Sendo o prostíbulo localizado em um bairro em uma cidade do interior do Estado do Ceará, a periodicidade do grupo seria quinzenalmente e as participantes seriam todas as mulheres do prostíbulo que não estivessem trabalhando no horário do encontro do grupo.

Porém, no decorrer do desenvolvimento do estudo nos deparamos com problemáticas de difícil resolução, dentre elas podemos citar a dificuldade de acesso ao prostíbulo, visto que a proprietária mantinha dois desses estabelecimentos, sendo eles em dois bairros diferentes e os horários das mulheres trabalhadoras do sexo eram comerciais, não havendo um intervalo de tempo onde pudesse haver esses encontros.

Outra dificuldade importante foi o contato direto com a proprietária do prostíbulo, posto que essa era o elo de ligação entre a equipe de saúde e as mulheres formadoras do grupo. A equipe multiprofissional em saúde da família tentou contato por telefone e sempre tinha como resposta que algumas mulheres estavam viajando, outras com a família ou respostas similares a estas.

# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Frente a esta nova realidade ainda não conseguimos concretizar os momentos de educação em saúde com o grupo de mulheres, e só conseguiremos avançar nos objetivos traçados quando obtivermos resultados positivos e alcançarmos esse público de forma direta, para assim entendermos o que as motivou a procurar a unidade de saúde em busca de acompanhamento e ao mesmo tempo dificultou o acesso dos profissionais.

## Conclusão

O presente estudo nos mostra que são diversas as dificuldades para se atingir um grupo de profissionais do sexo e que apesar dos “obstáculos” é importante torná-lo algo sistemático e não apenas uma ação pontual. Pois, este grupo de profissionais do sexo já existiu no bairro, porém está necessitando de estratégias consolidadas para reativa-lo. A primeira abordagem foi o acordo entre a equipe do Centro de Saúde da Família (CSF) e a proprietária do prostíbulo onde ficou acordado de manter o contato através de ligações telefônicas para acordar o dia do primeiro encontro com as profissionais do sexo, porém esta abordagem foi eficaz. Contudo, a data do primeiro encontro foi acordado para o dia 27/04/2014, não tendo sido concretizado, pois as participantes não comunicaram que não poderiam participar naquele dia. Perante estas situações está sendo visado articular novas estratégias de aproximação ao grupo de mulheres do prostíbulo.

Dentre estas novas propostas estão priorizadas três estratégias: a primeira é entrar em contato com os profissionais de saúde do CSF do território vizinho, pois a dona do prostíbulo possui um estabelecimento no território da ação e outro no território vizinho. Mediante esta “ligação” a equipe dos dois CSF tentarão fazer uma busca ativa da existência de algum profissional que possuam um vínculo com as meninas do prostíbulo e assim tentarmos nos aproximar destas com ajuda da equipe do CSF do território vizinho. A segunda proposta seria não insistir mais com as ligações por um período de aproximadamente um mês e depois deste período retornar a ligar para saber da dona do prostíbulo se ainda há interesse por parte destas de participarem do grupo. A proposta final seria a aproximação da Associação das Trabalhadoras Profissionais do Sexo de Sobral (ASTRA) para que junto com estas pudéssemos criar vínculos e buscar uma ajuda para nos aproximarmos dos prostíbulos do Centro e do Tamarindo respaldadas pela experiência e interesse que constitui as mulheres desta associação.

Sabe-se que não é fácil aproximar-se destes grupos específicos de profissionais, porém como estas mostraram interesse inicial de participar do grupo e ter acesso aos serviços de saúde, a equipe do CSF não pretende desistir da oportunidade que nos foi oferecida de promover educação e promoção em saúde.

## Referências

AQUINO, P. de S.; XIMENES, L. B.; PINHEIRO, A. K. B. Políticas públicas de saúde voltadas à atenção à prostituta: breve resgate histórico. **Enfermagem em Foco**, v. 1, n.1, p. 18-22, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Primária - Rastreamento**. Brasília, DF, 2010.

GUIMARÃES K, MERCHÁN-HAMANN E. Comercializando fantasias: a representação social da prostituição, dilemas da profissão e a construção da cidadania. **Rev. Estud. Fem.** 2005;13(3):525-44.

LEI 8080, 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** (Brasília). 1990 Set 20.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 02, p.335-342, abr. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/sci.elo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232007000200009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/sci.elo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000200009&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 25 junho. 2014.

MORAES, M. L. C; COSTA, P. B; AQUINO, P. S; PINHEIRO, A.K.B. Educação em saúde com prostitutas de Fortaleza: relato de experiência **Rev. Eletr. Enf.** 2008;10(4):1144-51.





## INTERVENÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UM GRUPO DE PREVENÇÃO DE AGRAVOS

**Autor 1** – Jéssica Edna Silveira Muniz – Assistente Social – Residente em Saúde da Família pela Escola de Formação Saúde da Família Visconde de Saboia – EFSFVS. Email: jesquinhmuniz@hotmail.com

**Autor 2** – 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.

**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 – EFSFVS.

**Autor 4** – Rômulo Cesar Afonso Goulart. Fisioterapeuta, Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) de Sobral/Ce, Mestrando em Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

**Autor 5** – Vernielle Emmelie Soares Ferreira. Profissional de Educação Física, Nucleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) de Sobral/Ce.

**Autor 6** (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: Prevenção de Doenças. Estratégia Saúde da Família. LER-DORT. Educação em Saúde.

### Resumo

O presente estudo apresenta um relato de experiência sobre promoção de saúde e educação em saúde, na atenção primária a saúde, trabalhando a temática de doenças ocupacionais e como soluciona-las. Estudo de caráter descritivo do tipo relato de experiência, tendo como objetivo descrever a experiência do Grupo de Prevenção de Agravos enquanto espaço de promoção da saúde e atendimento multiprofissional no Centro de Saúde da Família CAIC no município de Sobral/CE. Os participantes dessa experiência são pessoas da comunidade, juntamente com profissionais que trabalham no CSF. A coleta de dados foi feita através de diário de campo e observação

# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

participante no período de maio a agosto de 2014. A análise dos dados se enquadra como narrativa descritiva. Podemos perceber que o intuito da criação do grupo de prevenção de agravos, de prevenir maiores agravos e diminuir as demandas dos demais níveis de atenção (secundária e terciária) vem sendo atingido com sucesso. Além disso, ficou patente que a atuação multiprofissional nos grupos e nos atendimentos foi de grande relevância, possibilitando aprendizado, troca de saberes e promovendo saúde.

## Introdução

As LER e DORT, para Araújo et al (2006), são definidas como conjunto de doenças que podem acometer o sistema musculoesquelético, atingindo principalmente membros superiores, região escapular e pescoço, são de origem ocupacional. Sabemos que o trabalho a cada dia nos exige mentalmente e fisicamente, com horas excessivas, e na maioria das vezes sem descanso adequado, diminuindo a qualidade de vida.

O início das dores musculares ocorre de forma gradual, sofrendo influências de más posturas e maus hábitos que realizamos no nosso cotidiano. Como alternativa para amenizar e tratar dessas doenças são criados grupos e realizados atendimentos multiprofissionais nos Centros de Saúde da Família (CSF) e outras unidades de referência, tais como Centro de Reabilitação e Centro de Referência em Saúde do Trabalhador.

A Saúde da Família é uma estratégia de reorientação do modelo assistencial na Atenção Primária, instituída pelo Ministério da Saúde, visando principalmente à ampliação de acesso e qualificação do cuidado, e opera com equipe básica, equipe de saúde bucal e profissionais de áreas diversas realizando o apoio matricial. As equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, desenvolvendo ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e de manutenção da saúde da comunidade (DIAS, 2013).

Para WHO (1986) apud Aith (2013) a promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, a fim de atingir um estado completo de bem-estar físico, mental e social aos grupos e aos indivíduos.

A educação em saúde passa a ser um instrumento para promover a saúde de um modo participativo, dialógico e emancipatório, valorizando-se a autonomia da população e sua corresponsabilidade no processo saúde-doença (OLIVEIRA e WENDHAUSEN, 2014).

Após triagem, feita pela Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta e Profissional de Educação Física, dos encaminhamentos para fisioterapia e terapia ocupacional em um Centro de Saúde da Família (CSF), foi percebido uma grande quantidade de pacientes com dores persistentes, suspeitos de LER/DORT e realizando tratamento apenas medicamentoso. Além disso, muitos dos pacientes encaminhados, pelo médico, para Centro de Reabilitação e outras Unidades de Referência, dependiam da Central de Regulação para marcação de consultas, o que demorava em média três meses para conseguir o primeiro atendimento, o que muitas vezes agravava o quadro da doença.

A partir dos primeiros atendimentos individuais, foi visto que muitas das informações e abordagens tornavam-se repetitivas, surgindo a ideia de realizar abordagem grupal em forma de um grupo de educação em saúde: o Grupo de Prevenção de Agravos. Partindo desse contexto, o presente estudo tem como objetivo descrever a experiência desse grupo enquanto espaço de promoção da saúde e atendimento multiprofissional.

## Metodologia

O estudo apresenta o caráter descritivo do tipo relato de experiência, tendo como cenário o CSF CAIC no município de Sobral/CE. O grupo de prevenção de agravos ocorre de forma quinzenal, com duração de uma hora. Participam desse momento usuários e profissionais do referido CSF com queixas de dores e suspeitos de LER/DORT. As atividades desenvolvidas no grupo são de abordagem Multiprofissional, por profissionais da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Os participantes dessa experiência são pessoas da comunidade, juntamente com profissionais que trabalham no CSF, tais como auxiliar de serviços gerais e auxiliar de escritório. A coleta de dados foi feita através de diário de campo e observação participante no período de maio a agosto de 2014. A análise dos dados se enquadra como narrativa descritiva.

## Resultados e Discussão

Foram realizados nove encontros com diferentes temáticas, tais como: Alongamentos/Relaxamento; Caminhada; Como diminuir as dores do corpo; Direitos dos Trabalhadores; Adaptações das atividades do dia a dia; Conhecimento das Doenças Ocupacionais. Vale

# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

ressaltar que a escolha dos temas abordados foi feita em planejamento com os usuários e profissionais participantes do Grupo. A metodologia utilizada nos encontros inclui alongamentos, dinâmicas e rodas de conversa sobre o tema sugerido, orientações e lanche.

Durante os encontros percebemos muitos relatos de problemas posturais e que a maioria deles são resolvidos somente com medicamentos. Apenas quando o remédio não realiza o efeito esperado, após ser utilizado durante algum tempo, é que os pacientes procuram outras formas de amenizar as dores e os incômodos. A queixa de diminuição de produtividade no trabalho também foi bastante presente. Além disso, muitos dos participantes não relacionavam as dores às posturas erradas do dia a dia, movimentos automáticos/repetitivos, tanto no ambiente de trabalho quanto no domiciliar, nem à falta de alongamento antes das atividades de rotina.

A partir das demandas apresentadas foram feitas orientações quanto aos riscos de postura inadequada, adaptações domésticas, como prevenir as dores/doenças ocupacionais, exercícios terapêuticos para a prevenção de doenças e agravos, avaliações posturais periódicas, avaliações domiciliares pré e pós atendimento, sempre buscando tornar as pessoas corresponsáveis pelo seu processo saúde-doença e oferecendo conhecimento para que elas possam melhorar a realização de suas atividades de vida diária. Ao longo dos encontros foi percebido no relato dos participantes que a realização das orientações melhorava, ajudava no tratamento e amenizava as dores.

Aith (2013) defende a promoção de saúde como um processo de capacitação das pessoas e comunidades para modificarem os determinantes da saúde, em benefício da qualidade de vida. A promoção é trabalhada juntamente com a sensibilização, orientação e capacitação dos participantes a buscarem melhor qualidade de vida.

O fortalecimento do vínculo entre usuários e profissionais foi bastante evidente. A troca de experiências, o planejamento em conjunto na escolha dos temas abordados e a avaliação periódica dos encontros favoreceu a assiduidade e o envolvimento dos participantes do Grupo.

A prática educativa pode ser participada, na medida em que seja reavaliada cotidianamente, em parceria com os usuários no processo de ação-reflexão-ação, sendo necessário compreender as práticas educativas como parte da educação em saúde, práticas que se constroem e se fortalecem na convivência diária com o usuário, favorecendo o exercício da cidadania (WENDHAUSEN e SAUPE, 2003, apud, OLIVEIRA e WENDHAUSEN, 2014).

## Conclusão

Ao fim do estudo, ficou patente que a atuação multiprofissional nos grupos e nos atendimentos foi de grande relevância, possibilitando aprendizado, troca de saberes e promovendo saúde. Podemos perceber que o intuito da criação do grupo de prevenção de agravos, de prevenir maiores agravos e diminuir as demandas dos demais níveis de atenção (secundária e terciária) vem sendo atingido com sucesso. O Grupo também nos proporcionou a possibilidade de prevenir doenças e promover, juntamente com os participantes do estudo, melhoria na qualidade de vida e bem-estar.

Desse modo, esperamos contagiar outras equipes de Saúde da Família a desenvolver grupos como este, sabendo da importância desse espaço para promoção da saúde e cuidado integral.

## Referências

AITH, Fernando Mussa Abujamra. Marcos Legais da Promoção da Saúde No Brasil. **Rev. Med.** Abril-Junho, 92 (2), p. 148-54. 2013.

ARAUJO, Evelize Cristina Labegaline da Silva; VIDOTTI, Eduardo; SANTOS, Cléssius Ferreira; FERREIRA, Thais Ribeiro de Alcantara; PEREIRA, Renata Santos; MEDINA, Ana Beatriz Postigo / UNOPAR **Cient, Cien. Biol. em Saúde**, Londrina, V. 8, n.1, p. 39-43, outubro, 2006.

DIAS, Maria Dionísia do Amaral. Compreender o trabalho na atenção primária à saúde para desenvolver ações em saúde do trabalhador: o caso de um município de médio porte. **Revista Brasileira Saúde Ocupacional**, São Paulo, 38 (127):p.69-80, 2013.

OLIVEIRA, Silvia Regina Gomes de; WENDHAUSEN, Águeda Lenita Pereira. (Re)significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades da Estratégia Saúde da Família. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, Apr. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462014000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462014000100008&lng=en&nrm=iso)> Acessado dia 30 de agosto de 2014.

Agradecimentos



# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Gostaríamos de agradecer aos profissionais que atuam no Centro de Saúde da Família CAIC, Sobral/Ce, por nos proporcionar esse local de troca de aprendizado. Agradecer aos participantes do grupo e aos pacientes que fizeram parte da triagem da fisioterapia, por nos ter mostrado a necessidade da criação do Grupo de Prevenção de Agravos.

## **INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO CUIDADO INTEGRAL DE PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO NO AMBIENTE HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA**

Autor 1 (Franco Costa Silva) – Faculdade Integrada do Ceará – francocostasilva@hotmail.com

Autor 2 – Gabriele de Lima Ferreira

Autor 3 – Annah Maria C. B. Carneiro

Autor 4 – Anna Paula Landim Pequeno

Autor 6 (Marcos Venícios de Oliveira Lopes) – Universidade Federal do Ceará

Palavras-chave: Acidente Vascular Encefálico; Internação Hospitalar; Cuidados de Enfermagem; Terapia Intensiva; .

### **Resumo**

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura acerca dos cuidados de enfermagem com pacientes acometidos pelo Acidente Vascular Encefálico no atendimento de emergência até os cuidados em Unidades de Terapia Intensiva. A coleta de dados ocorreu no período de junho a julho de 2014 e foram selecionados 9 artigos disponibilizados na íntegra no banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) no ano de 2008 à 2014. Para uma melhor discussão, os artigos foram divididos em dois temas: I Atuação do enfermeiro no atendimento ao paciente com AVE na unidade de emergência. II Atuação do enfermeiro na unidade de terapia intensiva. Os autores destacam a importância da criação de protocolos direcionados à essa população, do treinamento específico para identificação desses pacientes, monitorização, início da terapia embolítica em tempo hábil, cuidados com dispositivos e no apoio à reabilitação desses pacientes.

### **Introdução**

# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é uma doença a qual se atribui um dos mais elevados índices de óbitos no Brasil e de incapacidades no mundo. O aumento da expectativa de vida é o principal fator para a elevação dos índices de morbimortalidade por AVE no Brasil, embora a doença também atinja pessoas mais jovens, em idade produtiva (BRASIL, 2006; SBDC, 2001).

Segundo informações do Sistema Único de Saúde (SUS) o AVE afetou, aproximadamente, 85 mil pessoas no Brasil somente no 1º semestre de 2011 (BRASIL, 2011). No Ceará, há notificações de óbitos por doenças do aparelho circulatório (incluindo AVE) em todas as faixas etárias. Considerando a população total do Estado, em 2004, a taxa de mortalidade pela doença foi de 44,8/100 mil habitantes (CEARÁ, 2005).

O AVE pode ser classificado de duas formas: hemorrágico (AVE-H) ou isquêmico (AVE-I). A primeira forma corresponde a 15% dos casos e é decorrente de uma hemorragia intraparenquimatosa, tendo como principais causas a hipertensão arterial crônica e a crise hipertensiva. A segunda forma é a mais frequente, com 85% dos casos, sendo caracterizada como um episódio de disfunção neurológica decorrente de isquemia focal cerebral ou retiniana e com presença de lesão em exames de imagem (SBDC, 2009).

Em algum momento da hospitalização, os pacientes com AVE vão requerer cuidados intensivos e de emergência. Entretanto, não há estudos que recomendem intervenções a todos os problemas apresentados por estes. Esta população geralmente necessita de múltiplas intervenções devido às varias necessidades do paciente que sugerem que haja um planejamento mais rápido das intervenções de enfermagem para uma maior eficácia dos cuidados prestados.

A portaria nº 5681/2009 define o acidente vascular encefálico como doença de notificação compulsória no estado do Ceará, considerando que o AVE é uma das principais causas de incapacidade e morte individual e a necessidade de medidas preventivas e de reabilitação para os pacientes acometidos.

## Metodologia

Para o alcance dos objetivos propostos, selecionou-se como método de pesquisa a revisão integrativa da literatura, que é utilizada para a compreensão aprofundada de um fenômeno com base em estudos anteriores, o que permite a reunião de dados de distintas modalidades de delineamento de pesquisas e possibilita a expansão das conclusões (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Na primeira etapa, para a realização de um estudo de revisão integrativa, foram elaboradas as seguintes questões norteadoras: qual o papel do enfermeiro e da equipe de enfermagem no atendimento na unidade de emergência ao paciente com AVE? Quais as intervenções de enfermagem que estão mais presentes nas unidades de terapia intensiva? Qual o papel do enfermeiro no processo de transição do paciente para a alta hospitalar?

Para a realização do levantamento de dados foi utilizada a base de dados da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS). Os descritores utilizados foram: cuidados de enfermagem, acidente vascular encefálico, papel do profissional de enfermagem e hospitalização. Foram considerados ainda, os artigos publicados na íntegra, no ano de 2008 a 2014, nos idiomas português e inglês. A coleta ocorreu durante o período do mês de junho de 2014. Foram encontrados ao todo 67 artigos na temática escolhida e após a leitura minuciosa do título e resumo dos artigos, foram selecionados através dos critérios de inclusão e exclusão, 9 artigos.

Para uma melhor discussão sobre os achados nos artigos, os assuntos a serem contemplados nesse estudo foram divididos nos temas: I Atuação do enfermeiro no atendimento ao paciente com AVE na unidade de emergência. II Atuação do enfermeiro na unidade de

terapia intensiva.

## Resultados e Discussão

Título do Artigo	Objetivo	Revista/Ano de Publicação
Vivendo o acidente vascular encefálico agudo: significados da doença para pessoas hospitalizadas (MANIVA, et al. 2013)	Compreender o significado da experiência vivenciada pela pessoa adoecida por acidente vascular encefálico agudo	Rev. Esc. de Enfermagem da USP. 2013
Identificação do diagnóstico de enfermagem “risco de quedas em idosos com acidente vascular cerebral” (MORAIS <i>et al.</i> 2012)	Identificar o diagnóstico de enfermagem “risco de quedas” em idosos após AVC, presente na NANDA.	Rev. Gaúcha de Enfermagem. 2012
Diagnóstico de enfermagem: mobilidade física prejudicada em pacientes acometidos por acidente vascular encefálico (COSTA et al, 2010)	Investigar a ocorrência do diagnóstico de enfermagem “mobilidade física prejudicada” em pacientes com AVE, presente na NANDA.	Rev. Esc. de Enfermagem da USP. 2010
Assistência de enfermagem à pessoa com acidente vascular Cerebral (GOMES, SENNA. 2008)	Analisar os conhecimentos descritos na literatura relacionados com cuidados de enfermagem a pacientes com pré-disposição e acometimento de acidente vascular cerebral.	COGITARE, 2008
Cuidado de enfermagem ao paciente com acidente vascular encefálico: revisão integrativa (BIANCHINI, et al. 2010)	Analisar o conhecimento disponível sobre o cuidado de enfermagem na fase aguda do AVE	OBJN, 2010
Transição do cuidado com o idoso após acidente vascular cerebral do hospital para casa (RODRIGUES et al. 2013)	Examinar a transição do cuidado em famílias que cuidam de idosos que sofreram o primeiro episódio de acidente vascular cerebral.	Rev. Latino Americana de Enfermagem, 2013.
Estratégias de comunicação da equipe de Enfermagem na afasia decorrente de acidente vascular encefálico (SOUZA, et al. 2014)	Identificar estratégias de comunicação referidas e usadas pela equipe de enfermagem durante o cuidado de pacientes afásicos após acidente vascular encefálico.	Rev. Esc. de Enfermagem da USP. 2014
Identificação do risco de quedas em idosos após acidente vascular encefálico (COSTA, et al. 2010)	Identificar a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Risco de quedas em indivíduos idosos acometidos por acidente vascular encefálico	Anna Nery, 2010.



# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Vivenciando o conjunto de circunstâncias que influenciam na significação da alta hospitalar: estudo de enfermagem (PAIVA, et al. 2013)	Discutir o contexto vivido pelo cuidador familiar, considerando o duelo de sentimentos, de manifestações, de atitudes e de práticas.	Anna Nery, 2013
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------

## TEMA I: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO AO PACIENTE COM AVE NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA.

Os autores sugerem que seja preconizada a rápida identificação dos pacientes nas salas de emergência, cabendo ao enfermeiro estar preparado e ter um suporte teórico e prático para agir diante de casos suspeitos de AVE. Como medidas iniciais, foram citadas a monitorização da pressão arterial, oximetria, posicionamento no leito, níveis sanguíneos de glicose, temperatura corporal e avaliação neurológica após a infusão do trombolítico. O uso de escalas de que avaliem o estado neurológica pode ser útil quando se planeja identificar qual o grau de comprometimento do paciente.

Quanto à monitorização, não há consenso quanto a intervenção nos níveis de pressão arterial no AVE que devem ser cuidadosamente monitorizados na fase aguda do AVE, sendo que no tipo hemorrágico a recomendação é de que a PA média seja mantida abaixo de 130 mmHg, pelo risco de ressangramento. Monitorar os níveis de glicose sanguíneos também se mostrou importante tendo em vista que os altos níveis de glicose no sangue são prejudiciais do AVE agudo. (BIANCHINI, et al. 2010). O posicionamento é importante para manter os parâmetros normais da oxigenação e os ajudar na manutenção dos níveis normais de perfusão cerebral. A manutenção da cabeceira reta é a melhor opção durante o AVE agudo. Ainda, cabe a equipe de enfermagem a realização de ECG, pegar acessos calibrosos e acionar a coleta de exames laboratoriais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

Para que seja iniciado a terapia embolítica, o enfermeiro deve investigar histórico AVE anterior, uso de anticoagulantes, antiagregantes, glicemia capilar. Após o início da TE, deve-se monitorizar a pressão arterial a cada 15min nas duas primeiras horas e depois a cada 30 minutos até 24 a 36 horas do início do tratamento, mantendo a pressão arterial  $\leq 180/105$ mmHg. Controle neurológico rigoroso: verificar escore de AVC do NIH a cada 15 minutos durante a infusão, a cada 30 minutos nas próximas 6 horas e, após, a cada hora até completar 24 horas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

## TEMA II: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.

A equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva está 24 horas ao lado do paciente, cuidando, monitorando, realizando a higienização, oferecendo dieta, terapia medicamentosa e esta é a peça fundamental para a evolução positiva do paciente.

Na UTI os pacientes acometidos por AVE estão em monitorização contante e são submetidos a procedimento mais invasivos, portanto a equipe de enfermagem é responsável pelo auxílio durante tais procedimentos e a manutenção dos dispositivos instalados. Cuidados importantes devem ser tomados com as sondas vesicais, cateteres venosos centrais, sondas nasoenterais e nasogástricas, PIC e monitores de pressão venosa invasiva. Devem estar atentos às mudanças de decúbito, ao balanço hídrico rigoroso e curativos. (GOMES, SENNA. 2008)

Outro ponto importante que merece a atenção do enfermeiro são os diagnósticos de enfermagem que são encontrados nesses pacientes. Em pacientes sem uso de sedação o diagnóstico de enfermagem para risco de quedas pode estar presente. (MORAIS *et al.* 2012). E o DE mobilidade física prejudicada o que pode gerar as úlceras por pressão. (COSTA et al, 2010).

Nos pacientes sem sedação que estão conscientes e orientados, deve-se oferecer suporte emocional e estar atento ao que representa a hospitalização para estes pacientes. Embora a hospitalização seja um período estressante, o retorno do familiar adoecido para o domicílio não diminui a sensação de angústia e de ansiedade, sentimentos vividos durante a internação. Para o cliente e a família a alta hospitalar pode significar uma importante modificação no padrão e nos hábitos de vida, que serão mais ou menos intensos conforme o papel representado pelo paciente e pelo cuidador. (MANIVA, et al. 2013).

## Conclusão

Através do presente estudo, pudemos sintetizar as ações de enfermagem aos pacientes acometidos pelo AVE desde as portas de entrada dos hospitais até a alta hospitalar. E ainda, destacar a importância destes profissionais para o atendimento de qualidade e enfatizar a busca pelo conhecimento a fim de aprimorar a integralidade e qualidade do cuidado prestado.

Podemos enfatizar também a necessidade da realização de novos estudos desenvolvidos pelos profissionais de enfermagem nos setores de emergência e UTI dos hospitais para que sejam realizados intervenções baseadas em evidências. E a importância dos diagnósticos de enfermagem para o planejamento embasado do cuidado. A criação de protocolos, intervenções e ações que favoreçam a rapidez no setor de emergência para a redução das sequelas deixadas por esta doença.

Por fim, destacar a necessidade do apoio, ensino e da readaptação do paciente como dos familiares e cuidadores. A importância da adaptação aos novos desafios que estes enfrentarão durante o retorno ao lar.

## Referências

BIANCHINI, S.M.; GALVÃO, C.M.; ARCURI, E.A.M. Cuidado de enfermagem ao paciente com acidente vascular encefálico: revisão integrativa. **Online Brazilian Journal of Nursing**. v. 9, n. 2. São Paulo, 2010.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Indicadores e dados básicos para a saúde no Ceará 2004**. Fortaleza, 2005.

COSTA, A.G.S.; OLIVEIRA, A.R.S.; MOREIRA, R.P.; CAVALCANTE, T.F.; ARAÚJO, T.L. Estratégias de comunicação da equipe de Enfermagem na afasia decorrente de acidente vascular encefálico. **Escola Anna Nery**. v.14, n. 4, p.684-689. Rio de Janeiro, 2010.

COSTA, A.G.S; OLIVEIRA, A. R. S.; ALVES, F.E.C; CHAVES, D.B.R; MOREIRA, R.P; ARAÚJO, T.L. Diagnóstico de enfermagem: mobilidade física prejudicada em pacientes acometidos por acidente vascular encefálico. **Rev. Esc. de Enfermagem da USP**. v.44, n. 3, p.753-758. São Paulo, 2010.

GOMES, S.R; SENNA, M. Assistência de enfermagem à pessoa com acidente vascular Cerebral. **COGITARE Enfermagem**. v.13, n.2, p 220-226. Rio de Janeiro. 2008.

MANIVA, S.J.C.F; FREITAS, C.H.A; JORGE, M.S.B; CARVALHO, Z.M.F; MOREIRA, T.M.M. Compreender o significado da experiência vivenciada pela pessoa adoecida por acidente vascular encefálico agudo. **Rev. Esc. de Enfermagem da USP**. v.47, n.2, p362-8. São Paulo, 2013

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, v. 17, n. 4, p.758-64, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de rotinas para atenção ao AVC. 1ª edição. Brasília: Editora MS, 2013. 52p.

MORAIS, H.C.C; HOLANDA, G.F; OLIVEIRA, A.R.S; COSTA, A.G.S; XIMENES, C.M.B; ARAÚJO, T.L. Identificação do diagnóstico de enfermagem “risco de quedas em idosos com acidente vascular cerebral”. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**. v. 33, n.2, p. 117-124. Porto Alegre, 2012.

NORTH AMERICAN NURSING ASSOCIATION – NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação-2009-2011**. São Paulo: Artmed; 2010.

PAIVA, R.S.; VALADARES, G.V. Vivenciando o conjunto de circunstâncias que influenciam na significação da alta hospitalar: estudo de enfermagem. **Escola Anna Nery**. v.17, n.2, p.249-255. Rio de Janeiro, 2014.

RODRIGUES, A.P.R.; MARQUES, S.; KUSUMOTA, L.; SANTOS, E.B.; FHON, J.R.S.; WEHBE, S.C.C.F. Transição do cuidado com o idoso após acidente vascular cerebral do hospital para casa. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**. v.21, n.9. São Paulo, 2013.

SMELTZER, C.S.; BARE, B.G.; **Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgica**. 12ª ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS CEREBROVASCULARES (SBDC). **Programa de Aperfeiçoamento Continuado no Tratamento do Acidente Vascular Cerebral (PACTOAVC)**. 2ª ed., Rio de Janeiro: Boehringer Ingelheim, 2009.

SOUZA, R.C.S; ARCURI, E.A.M. Estratégias de comunicação da equipe de Enfermagem na afasia decorrente de acidente vascular encefálico. **Rev. Esc. de Enfermagem da USP**. v.48, n.2, p.292-8. São Paulo, 2014.

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO DE HERNIOPLASTIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Josymara da Silva Duarte (Apresentadora) - Universidade Federal de Campina Grande. Email: [josymaraduarte@gmail.com](mailto:josymaraduarte@gmail.com)

Paloma Cardozo Gurgel - Universidade Federal de Campina Grande.

Luma Rosane de Abreu - Universidade Federal de Campina Grande.

Angelyse Waneska S. A. da Nóbrega - Universidade Federal de Campina Grande.

Carleane Kelle Fernandes de Lima - Universidade Federal de Campina Grande.



Gerlane Cristinne Bertino Veras (Orientadora) – Universidade Federal de Campina Grande.

Palavras-chave: Hérnias, Hernioplastia, Pós-operatório, Processo de Enfermagem, Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

## Resumo

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, a respeito da implementação de intervenções de enfermagem no pós-operatório de hernioplastia. O presente estudo teve como objetivo: Descrever a vivência de graduandas de enfermagem em um serviço de saúde, tendo como pontos relevantes a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem a pacientes em pós-operatório de hernioplastia pelos estagiários; Analisar o funcionamento do serviço de Enfermagem; Identificar como ocorre a assistência de enfermagem aos pacientes em pós operatório e Demonstrar a importância da realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem na clínica cirúrgica. Foram feitas observações e análise sobre o serviço de enfermagem e a Assistência prestada pela equipe de Enfermagem. Pode-se perceber que obtivemos resultados satisfatórios em relação aos pacientes, pois os mesmos demonstraram entendimento sobre sua condição de saúde e sobre o auto-cuidado. No entanto, percebemos a fragilidade do serviço, por não adotar como rotina o processo de enfermagem, interferindo negativamente no cuidado prestado pela equipe de enfermagem aos pacientes e consequentemente na recuperação destes.

## Introdução

As hérnias são uma protrusão anormal do tecido intra-abdominal por um defeito fascial na parede abdominal. Pode ocorrer na virilha (inguinal indireta, inguinal direta, femoral) que constitui cerca de 75% dos casos, incisionais e ventrais (10%), umbilicais (3%) e outras (3%). Para o tratamento das hérnias são realizadas correções cirúrgicas precoces (WAY; DOHERTY, 2004).

As hérnias incisionais procedem do afastamento precoce da fáscia muscular no pós-operatório. Nos primeiros dias de pós-operatório, a resistência da ferida à tração é menor, resultando em forte dependência da retidão da sutura. Diversas pesquisas têm comparado distintas técnicas de fechamento fascial e comprovaram não existir alteração entre sutura contínua versus separada. Fio absorvível é recomendado no procedimento de sutura, pois reduz o risco para infecção, ademais, evita o "efeito de secção" na fáscia, que pode culminar em uma deiscência muscular. Metade das hérnias incisionais aparecem nos dois anos iniciais e três quartos se desenvolvem no período de três anos de pós-operatório. (CLAUS, et al, 2011)

Com a utilização das telas nas cirurgias há uma diminuição no reaparecimento das hérnias. O método da laparotomia e a inserção da tela é considerada o melhor tratamento. Contudo, o método da laparotomia é uma técnica bastante agressiva, pois há uma grande quantidade de tecidos agredidos e vasos danificados, o que pode levar a processos infecciosos. O método da laparoscopia é menos agressivo, pois, a tela é colocada diretamente no peritônio sem a necessidade de dissecar grande quantidade de tecidos. Esse processo também diminui o risco de infecções pelas bactérias da parede abdominal. Diversos estudos comparativos entre o método aberto e o laparoscópico mostram que a laparoscopia possui o menor risco de infecções. (CLAUS, et al, 2011)

Esse método também identifica falhas na fáscia muscular que podem ser fatores de risco para o surgimento de novas hérnias. Estas deformidades são motivos de recorrência de hérnias. Essa cirurgia também ajuda a manter a prótese no lugar quanto aos movimentos de pressão interna. O reparo de uma hérnia é um procedimento que requer um cuidado especial principalmente no que diz respeito ao período de repouso, pois o mesmo deve ser seguido a risca para minimizar a recorrência de hérnias. (CLAUS, et al, 2011)

Para Smeltzer e Bare (2012), a assistência de enfermagem no pós-operatório consiste em: nas primeiras 24 horas, ajudar ao paciente para se recuperar dos efeitos da anestesia; avaliar o estado fisiológico; monitorar complicações; tratar a dor; implementar medidas para que paciente consiga autonomia para o autocuidado, alta e recuperação plena.

A resolução COFEN nº 358/ 2009 dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) se faz muito importante na prática profissional, uma vez que possibilita uma organização, planejamento e avaliação dos cuidados prestados, garantindo uma melhor qualidade na assistência, uma boa comunicação entre a equipe de saúde, priorizando as necessidades do paciente, favorecendo a realização de ações baseadas em conhecimentos técnicos e científicos.

De acordo com Sanna (2007), o processo de trabalho do enfermeiro oferece a possibilidade de operar em diversas dimensões práticas, que são: cuidar, gerenciar, educar, pesquisar e participar politicamente, estas dimensões se relacionam entre si concomitantemente. Nas práticas de enfermagem cirúrgica, observamos a preponderância do saber-fazer educar, uma vez que o paciente muitas vezes irá vivenciar uma situação desconhecida na sua experiência de vida. Atividades de promoção, prevenção e



recuperação da saúde são artifícios utilizados para diminuir o grau de ansiedade dos pacientes em relação às novas vivências.

O estudo teve como objetivo: Descrever a vivência de graduandas de enfermagem a respeito da implementação de intervenções de Enfermagem no pós-operatório de hernioplastia; Analisar o funcionamento do serviço de enfermagem; Identificar como ocorre a assistência de enfermagem aos pacientes em pós-operatório; Demonstrar a importância da realização da sistematização da assistência de enfermagem.

## Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, a respeito da implementação de intervenções de enfermagem no pós-operatório de hernioplastia.

Sendo realizado no período de março a abril de 2014, durante a realização de aulas práticas, em um hospital público na cidade de Cajazeiras-PB.

Durante esse período realizou-se a investigação do funcionamento do serviço de enfermagem, e a assistência prestada aos pacientes em pós-operatório.

## Resultados e Discussão

De acordo com nossas observações podemos identificar que ainda existem grandes carências na Instituição em que foi realizado o estudo, tanto com relação às características físicas e de equipamentos como também em relação aos profissionais.

Em se tratando do trabalho em equipe identificamos uma grande carência, pois presenciamos muitas vezes o despreparo dos profissionais em lidar com os pacientes de forma sistematizada. Também observamos o acúmulo de trabalho de alguns que tem seus plantões dobrados ou triplicados, dificultando uma assistência de qualidade. A falta de interação entre os profissionais médicos e a equipe de enfermagem, assim como de acadêmicos, também é um grande agravante na prestação de uma assistência adequada, dificultando a realização de atendimentos eficazes, contribuindo para a demora da recuperação do paciente e/ou até mesmo o agravamento de sua condição clínica.

Na admissão de pacientes na clínica cirúrgica, setor em que realizamos nossas aulas práticas, foram observadas informações a respeito do exame físico, prescrições de medicações e exames laboratoriais. No entanto, não foi percebida a elaboração do processo de enfermagem (PE), demonstrando assim, a existência de lacunas no que se refere aos fatores norteadores do cuidado de enfermagem neste hospital. Então, mesmo que alguns profissionais realizem a sistematização da assistência de enfermagem ao paciente, não existem registros nos prontuários.

Enquanto acadêmicas de enfermagem tivemos a oportunidade de realizar visitas aos leitos de pacientes, realização de exame físico, assim como a elaboração de plano de cuidados, baseado no PE, para que posteriormente fossem implementadas ações que visassem resolver ou minimizar os problemas de saúde destes atores sociais. Diante de um dos pacientes em pós-operatório de hernioplastia podemos traçar o seguinte plano de cuidados:

Plano de Cuidados
Diagnósticos de Enfermagem
Déficit do auto-cuidado relacionado ao pouco conhecimento sobre realização da higiene, evidenciado por excesso de cerume nos ouvidos, língua saburrosa, e couro cabeludo com sujidades.
Dor relacionada à distensão do abdome, evidenciada por relato verbal e expressão facial de dor durante a percussão.
Padrão de sono prejudicado relacionado às múltiplas intervenções da equipe durante a noite, evidenciado por relato verbal.
Dor relacionada ao procedimento cirúrgico, evidenciada por relato verbal.
Conhecimento deficiente relacionado à baixa escolaridade, evidenciado por dificuldade de leitura, e por não entendimento do regime terapêutico.
Medo relacionado a sua condição clínica, evidenciado por relato verbal de temor de não exercer atividades laborais.
Risco para integridade da pele prejudicada relacionada à atividade laboral

exposta ao sol.
<b>Resultados esperados</b>
O paciente:  Apresentará disposição e conhecimento para o auto-cuidado.  Relatará diminuição da dor.  Terá padrão de sono satisfatório.  Apresentará disposição para aprendizagem.  Mostrará otimismo em relação a seu prognóstico, visando a diminuição do medo.  Retornará as atividades laborais no período ideal, fazendo uso de protetor solar e chapéu.  Evidenciará conhecimento satisfatório acerca do cuidado com a FO.
<b>Intervenções</b>
Orientar para a realização do auto-cuidado, com ênfase na higienização da língua, ouvidos, couro cabeludo, dentes e FO.  Administrar analgésicos conforme prescrição médica, para diminuição da dor.  Perguntar quais fatores amenizam e quais exacerbam a dor.  Orientar a equipe quanto ao número de intervenções durante a noite, visando diminuir a insatisfação do paciente.  Acionar a assistente social para que seja realizada a articulação de setores, visando o retorno aos estudos, para uma alfabetização melhorada.  Explicar de forma sucinta a sua condição clínica.  Orientar para o cumprimento do regime terapêutico, enfatizando o repouso pós operatório, uma vez que a hérnia incisional foi ocasionada devido ao não cumprimento deste na sua primeira cirurgia.  Estimular o uso de protetor solar e chapéu ao retorno das atividades laborais.  Ensinar o auto-cuidado com a FO, enfatizando o uso de água e sabão durante a higienização, bem como o cuidado com as pressões internas, tais como tosse e espirro, orientando uma leve compressão com um travesseiro, no momento em que estas pressões ocorrerem.
<b>Avaliação</b>
O paciente demonstrou entendimento sobre todas as intervenções. A estratégia utilizada para avaliação foi a solicitação para que o sujeito repetisse todas as condutas a serem tomadas, para que dessa forma pudéssemos comprovar que o mesmo obteve entendimento acerca do que foi ensinado.

Diante do exposto, podemos perceber que a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é um meio imprescindível para a atuação da equipe de enfermagem, pois ela favorece uma aplicação de conhecimentos técnico-científicos e humanos na assistência prestada ao paciente, proporcionando dessa maneira, o desenvolvimento de um cuidado contínuo e humanizado, contribuindo para melhoria do paciente.

Conclusão

Conclui-se que foi identificada convergência entre as manifestações clínicas encontradas nos pacientes e as características sintomatológicas descritas na literatura, possibilitando uma melhor aprendizagem a respeito destes sinais e sintomas. Contudo, a conduta terapêutica, no que diz respeito às intervenções de Enfermagem, não foram observadas nos prontuários, pois o hospital

estudado não adota o Processo de Enfermagem como ação norteadora da assistência. Acredita-se que se assim o fosse, estes pacientes apresentariam um melhor prognóstico, bem como diminuição do seu sofrimento.

Percebemos com o estudo, uma grande fragilidade do atendimento e também o despreparo de alguns profissionais, que não tratam o paciente de maneira holística, apenas vêem a sua condição clínica, o que contribui muitas vezes para o agravamento do quadro clínico do mesmo.

Com a nossa experiência prática podemos destacar que existem vários fatores que dificultam a atuação profissional, tais como: falta de conhecimento, grande jornada de trabalho, e o estresse de alguns profissionais para com os pacientes e estagiários. Sendo que, esses fatores contribuem de maneira negativa para a atuação assistencial, pois impede que o profissional perceba os problemas do paciente.

Infelizmente, a não sistematização da assistência faz com que os cuidados de Enfermagem sejam resumidos a uma prática vertical, simplista e mecanicista, uma vez que sem os registros, muitas informações e diagnósticos ficam negligenciados pela equipe, resultando dessa forma em uma menor quantidade de intervenções que poderiam ser positivas para a saúde do paciente.

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é de grande importância para a assistência aos pacientes de pós-operatório de hernioplastia, afinal proporciona uma melhoria nos cuidados prestados de maneira humanizada, facilitando a recuperação do paciente.

Portanto, se faz necessária uma maior fiscalização para cumprimento da Resolução COFEN nº 358/2009, em que no seu artigo 1º relata que o PE deve ser efetivado, de modo deliberado e sistemático, em todos os espaços, públicos ou privados, em que ocorre a assistência profissional de Enfermagem.

## Referências

CLAUS, Christiano Marlo Paggi et al. **Hernioplastia incisional laparoscópica: experiência de 45 casos.** *ABCD, arq. bras. cir. dig.* [online]. 2011, vol.24, n.2, pp. 121-125. ISSN 0102-6720. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202011000200006>.

GUYTON, A. C; HAL, J. E. **Fisiologia Humana e Mecanismos das doenças.** 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

HORTA, W. A. **O processo de enfermagem.** São Paulo: EPU/EDUSP, 1979.

**Diagnósticos de Enfermagem da NANDA:** definições e classificação 2009-2011 / NANDA International; tradução Regina Machado. – Porto Alegre : Artmed, 2010.

NETTINA, Sandra M. **Prática de Enfermagem.** – Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2012.

POTTER, Patricia Ann, **Fundamentos de Enfermagem/** Patricia A. Potter, Anne Griffin Perry; [tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento... et al.]. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho na Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v.60, n.2, p.221-4, Mar./Abr, 2007.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem Médico-Cirúrgica.** 8. ed. v. 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem Médico-Cirúrgica.** 12ªed. v. 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

TANNURE, M. Chucre, **SAE: Sistematização da assistência de Enfermagem: Guia Prático – 2ª edição** – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.



VIEIRA, Orlando M; Chave, C.P; Ferreira,M; Eulálio, José Marcus R, **Clínica Cirúrgica: Fundamentos Teóricos e Práticos – 2ª edição** – São Paulo: Ateneu, 2006.

WAY, L.W; Doherty, G.M, **Cirurgia: Diagnóstico e Tratamento – 11ª edição** – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

Conselho Federal de Enfermagem (BR). **Resolução Cofen nº 358/2009**. Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. [acesso 19 julho 2014]. Disponível em:

<http://www.portalcofen.gov.br/Site/2007/materias.asp?ArticleID=10113&sectionID=34>.

## Agradecimento

Agradecemos a nossa instituição (UFCG) por nos garantir a oportunidade da realização de aulas práticas, na qual podemos aplicar nossos saberes junto aos nossos pacientes. Aos nossos professores, por nos nortearem em nossas práticas. A instituição de saúde na qual foi realizado o estudo, que nos proporcionou uma oportunidade de aperfeiçoar nossos conhecimentos e praticá-los. A equipe de enfermagem do serviço por nos acolher.

## INVESTIGAÇÃO DE ANORMALIDADES URINÁRIAS E FATORES DE RISCO PARA DOENÇA RENAL DURANTE CAMPANHAS DO DIA MUNDIAL DO RIM EM FORTALEZA, CEARÁ, BRASIL

Juliana Gomes Ramalho de Oliveira (apresentador) – Universidade de Fortaleza, julianagrdo@gmail.com

Sônia Maria Holanda Almeida Araújo – Universidade de Fortaleza

Elizabeth De Francesco Daher – Universidade Federal do Ceará

Geraldo B. Silva Junior (Orientador) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza

Palavras-chave: Dia Mundial do Rim. Anormalidades urinárias. Doença renal crônica. Hipertensão. Diabetes Mellitus

## Resumo

A Doença Renal Crônica (DRC) é um problema comum e crescente no mundo devido ao exponencial crescimento da diabetes mellitus, hipertensão e outros fatores de risco. O objetivo desse estudo é investigar as anormalidades urinárias e os fatores de risco para doença renal na população geral. Esse estudo foi realizado com dados coletados durante as campanhas anuais do Dia Mundial do Rim, em Fortaleza, Ceará, Brasil, entre 2009 e 2012. A população buscou assistência espontaneamente nos *stands* localizados em áreas de grande tráfego de pessoas. Foram entrevistados 2.637 indivíduos. Os fatores de risco encontrados com maior frequência foram o sedentarismo (60,7%), a obesidade (22,7%) e tabagismo (19,8%). Pressão Arterial (PA)  $\geq 140 \times 90$  mmHg foi encontrada em 877 pessoas (33%). O aumento da PA foi encontrado pela primeira vez em 527 pessoas (19,9%). Doenças cardiovasculares foram relatadas por 228 dos entrevistados (8,6%) e diabetes por 343 (13%). A glicemia capilar  $\geq 200$ mg/dL foi encontrada em 127 indivíduos (4,8%), dos quais em 30 (1,13%) foi encontrado esse valor pela primeira vez. A análise na urina foi realizada em 1.151 pessoas e constatada proteinúria em 269 (23,3%). A proteinúria foi mais frequente em pessoas com hipertensão (77.3% vs. 55.8%,  $p=0.0001$ ), diabetes mellitus (22.7% vs. 15.2%,  $p=0.005$ ) e idosos (42.1% vs. 30.7%,  $p=0.0007$ ). Os fatores de risco para DRC são frequentes na população em geral. Muitos indivíduos têm hipertensão e diabetes e não sabem. Ações regulares como o Dia Mundial do Rim são importantes na detecção precoce de potenciais candidatos para DRC.

## Introdução

A Doença Renal Crônica (DRC) é um problema comum e crescente no mundo todo. É considerada atualmente como um problema global de saúde pública devido o expressivo crescimento da Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e outros fatores de risco. Para 2030, a expectativa é que aumente em mais de 2 milhões o número de pessoas submetidas à terapia renal substitutiva nos Estados Unidos<sup>1</sup>.

A detecção precoce da doença renal oferece o potencial de melhorar os resultados, permitindo mais tempo para intervir quando a maioria dos pacientes são assintomáticos<sup>2</sup>. Os resultados anormais identificados durante o rastreamento não são considerados diagnósticos, mas indicam um maior risco. O objetivo deste estudo é investigar as anormalidades urinárias e os fatores de risco para doença renal na população em geral.

## Metodologia

Esse estudo foi realizado através de dados coletados durante as campanhas anuais do Dia Mundial do Rim, em Fortaleza, Ceará, Brasil, entre 2009 e 2012. Durante os eventos, *stands* foram instalados em áreas de grande tráfego de pessoas as quais solicitavam a assistência espontaneamente. O protocolo desse estudo foi aprovado pelo Comitê de ética da Universidade Federal do Ceará, Brasil. O termo de consentimento foi assinado antes da entrevista.

Os seguintes dados foram coletados: idade, gênero, peso, altura e fatores de risco cardiovascular (tabagismo, sedentarismo, obesidade e história familiar). Os seguintes serviços foram oferecidos: orientações sobre hábitos de vida saudável, verificação de peso, pressão arterial e glicemia capilar e análise da urina. A análise da urina foi oferecida para cada entrevistado e foi realizada pelos que aceitaram coletar uma amostra simples.

A pressão arterial foi medida de acordo com o método padronizado utilizando equipamento aneróide. Os pacientes foram orientados a sentar em uma cadeira durante cinco minutos antes da pressão ser mensurada, seus pés foram mantidos no chão e o braço, no qual a pressão foi verificada, estava na altura no coração. Os pacientes não tinham bebido café, nem fumado ou feito exercício físico 30 minutos antes da aferição da pressão. O manguito utilizado tinha o tamanho adequado. A pressão foi medida duas vezes e foi calculada a média<sup>3</sup>.

Foi realizada uma análise estatística usando o Epi-Info, versão 6.04b. Os resultados foram expressos através de tabelas e medidas sumárias (meios  $\pm$  desvio padrão) nos casos de variáveis quantitativas. A comparação dos parâmetros nos dois grupos foi feita através de *Student's t test* e *Fisher's exact test*. A comparação entre os pacientes com e sem proteinúria foi realizada. Valores descritos inferiores a 5% ( $p < 0.05$ ) foram considerados estatisticamente significantes.

## Resultados e Discussão

Foram entrevistados 2.637 indivíduos. A média de idade foi  $50.7 \pm 15.7$  anos, sendo 53% do gênero masculino. O principal fator de risco cardiovascular encontrado foi o sedentarismo (60,7%), seguido de obesidade (22,7%) e tabagismo (19,8%). Diagnóstico prévio de hipertensão foi mencionado por 906 (34,3%) pessoas. Pressão arterial superior a 140/90 mmHg foi encontrada em 877 (33%) dos participantes. Destes, 527 (19,9%) mencionaram ser a primeira vez em que foram achados valores elevados da pressão. Doenças cardiovasculares foram reportadas por 228 (8,6%) pessoas e diabetes por 343 (13%). Glicemia capilar acima de 200mg/dL foi encontrada em 127 (4,8%) dos casos, destes, 30 (1,13%) relataram que foi a primeira vez em que valores altos foram achados. A maioria dos entrevistados (38,6%) apresentou a glicemia capilar entre 100 e 126mg/dL. A análise da urina foi realizada em 1.151 pacientes e foi encontrada proteinúria em 269 (23,3%) das análises. A proteinúria foi mais frequente em pacientes com hipertensão (77.3% vs. 55.8%,  $p=0.0001$ ), diabetes (22.7% vs. 15.2%,  $p=0.005$ ) e idosos (42.1% vs. 30.7%,  $p=0.0007$ ).

A Doença renal em estágio terminal tem alcançado a proporção de epidemia com mais de 400.000 indivíduos atingidos nos Estados Unidos, e mais de um milhão ao redor do mundo<sup>4,5</sup>.

O projeto CARE identificou 56% de 348 indivíduos com risco para diabetes, hipertensão, e/ou doença renal e apoiou um rastreio regional viável para identificar indivíduos em risco para doença renal<sup>6</sup>.

A National Kidney Foundation's Kidney Early Evaluation Program (NKF KEEP) identificou indivíduos com aumento do risco de DRC através de critérios de inclusão e exclusão<sup>7</sup>. No geral, a prevalência da DRC encontrada foi de 29% e apenas 7% relatou DRC, demonstrando baixo conhecimento na população em geral<sup>7</sup>.

A NKF KEEP incluiu 61.675 participantes com 54 anos e 68% eram mulheres<sup>7</sup>. A KEEP no Japão incluiu 1.065 participantes com 60 anos e 53% eram mulheres<sup>8</sup>. Na KEEP no México, 1.519 indivíduos participaram e mais de 70% eram mulheres<sup>9</sup>. No presente estudo, com 2.637 indivíduos, a idade principal foi 51 anos e 53% eram homens.



Entre os participantes da NKF KEEP, 66% teve aumento da pressão sanguínea, 17% tiveram hipertensão em uma medição isolada e 53% referiram ser hipertensos<sup>7</sup>. A Hipertensão foi relatada por 59% <sup>7,8</sup> dos participantes e por 62% na KEEP México<sup>9</sup>. No presente estudo, a pressão sanguínea elevada foi encontrada em 33% das aferições e os primeiros resultados elevados da pressão em 20%.

Os dados da NKF KEEP constataram que 30% dos participantes tinham diabetes, relatada por eles mesmos (25%) ou baseada no resultado da glicemia capilar isolada (5%)<sup>7</sup>. Cinquenta por cento dos participantes da NKF KEEP que relataram diabetes tinham altos níveis de glicosesanguínea. Na KEEP do Japão, 27% relataram diabetes. O controle glicêmico foi mais alto que 139mg/dL em 35% dos participantes diabéticos. Os elevados níveis da glicose sanguínea foram novidade para 21 participantes<sup>8</sup>. No presente estudo, a diabetes foi relatada por 13%. A glicemia capilar mais alta que 200mg/dL foi encontrada em 5% e em 1% pela primeira vez.

Entre todos os participantes, 20,8% na KEEP no Japão e 21,2% na NKF KEEP disseram possuir uma ou mais condições de doença cardiovascular<sup>7,8</sup>. No presente estudo, essas condições foram relatadas em 9% dos indivíduos.

A proteinúria, determinada pelo método da tira (*dipstick*), foi positivo em 7,2% na KEEP no Japão<sup>8</sup>. Abreu et al.<sup>10</sup> constatou hematúria em 26% e em 5% proteinúria entre os 200 idosos em São Paulo, Brasil. Diferente de outras pesquisas, no presente estudo, a análise da urina foi realizada em 1.151 indivíduos e foram achados altos níveis de proteinúria (23,3%).

## Conclusão

Os fatores de risco para DRC são frequentes na população em geral. Muitos indivíduos tem hipertensão e diabetes e não sabem disso. É importante a regularidade de ações como o Dia Mundial do Rim para a detecção precoce dos potenciais candidatos para a DRC. Campanhas como estas têm uma boa relação de custo-benefício na ausência de estudos mais elaborados para avaliar a prevalência da DRC e suas ações servem como alerta para a população em risco para hipertensão e diabetes, principalmente em pessoas com história familiar, sobrepeso, obesidade, sedentarismo e outros fatores de risco para doenças renocardiovasculares.

## Referências

GILBERTSON DT, LIU J, XUE JL, et al. Projecting the number of patients with end-stage renal disease in the United States to the year 2015. *J Am Soc Nephrol*, v. 16,p. 3736-3741, 2005.

VASSALOTTI JA, LI S, CHEN SC, COLLINS AJ. Screening populations at increased risk of CKD: the Kidney Early Evaluation Program (KEEP) and the public health problem. *Am J Kidney Dis*, v. 53, p. S107-S114, 2009.

CHOBANIAN A, BAKRIS G, BLACK HR, et al. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension*,v. 42, p. 1206–1252, 2003.

SATKO SG, FREEDMAN BI, MOOSSAVI S. Genetic factors in end-stage renal disease. *Kidney Int Suppl*,v. 67, p. S46-S49, 2005.

JONES CA, MCQUILLAN GM, KUSEK JW, EBERHARDT MS, HERMAN WH, CORESH J, SALIVE M, JONES CP, AGODOA LY. Serum creatinine levels in the US population: third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Kidney Dis*,v. 32,p. 992-999, 1998.

BROWN WW, COLLINS A, CHEN SC, et al. Identification of persons at high risk for kidney disease via targeted screening: The NKF Kidney Early Evaluation Program. *Kidney Int Suppl*, v. 83,p. S50-S55, 2003.

NATIONAL KIDNEY FOUNDATION: KEEP Kidney Early Evaluation Program Annual Data Report 2006. *Am J Kidney Dis*,v. 49,p. S1-S160, 2007.

TAKAHASHI S, OKADA K, YANAI M. The Kidney Early Evaluation Program (KEEP) of Japan: results from the initial screening period. *Kidney Int Suppl*,v. 77,p. S17-S23, 2010.

OBRADOR GT, GARCÍA-GARCÍA G, VILLA AR, RUBILAR X, OLVERA N, FERREIRA E, VIRGEN M, GUTIÉRREZ-PADILLA JA, PLASCENCIA-ALONSO M, MENDOZA-GARCÍA M, PLASCENCIA-PÉREZ S. Prevalence of chronic kidney disease in the Kidney Early Evaluation Program (KEEP) México and comparison with KEEP US. *Kidney Int Suppl*,v. 77, p. S2-S8, 2010.

ABREU PF, RAMOS LR, SESSO R. Abnormalities of renal function in the elderly. *Geriatr Nephrol Urol*, v.9,p.141-145, 1999.

JURKOVITZ CT, LI S, NORRIS KC, SAAB G, BOMBACK AS, WHALEY-CONNELL AT, MCCULLOUGH PA; KEEP INVESTIGATORS. Association between lack of health insurance and risk of death and ESRD: results from the Kidney Early Evaluation Program (KEEP). *Am J Kidney Dis*, v. 61, p. S24-S32, 2013.



# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

## Agradecimentos

Agradecemos à Universidade de Fortaleza pela oportunidade de divulgação dos resultados desta pesquisa por meio deste evento.

## IMPACTO DA DISFONIA NA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES ATENDIDAS NO NAMI

Daniele de Araújo Oliveira Carlos (apresentadora) - Universidade de Fortaleza *danii\_joly@yahoo.com.br*

Emmily Sanders e Castro - Universidade de Fortaleza

Karine Capistrano da Silveira - Universidade de Fortaleza

Raimunda Magalhães da Silva - Universidade de Fortaleza

Christina Cesar Praça Brasil (Orientador) – Universidade de Fortaleza

*Palavras-chave: Voz. Disfonia. Qualidade de vida.*

### Resumo

A voz é um elemento fundamental para as relações humanas, seja na vida pessoal como profissional. As alterações vocais, quando se instalam, trazem prejuízos para a qualidade de vida das pessoas. Na mulheres, esses efeitos negativos tornam-se ainda mais evidentes, diante da diversidade de funções que ocupam na sociedade moderna. O objetivo deste estudo foi analisar o impacto da disfonia na qualidade de vida de pacientes atendidas no Núcleo de Atenção Médica Integrada - NAMI. Estudo quantitativo e transversal realizado com 25 mulheres, com idades entre 22 a 67 anos. Foram utilizados o questionário de Qualidade de Vida Relacionada à Voz (QVV) e o CAPE-V para avaliação perceptivo-auditiva da voz. Para análise dos resultados, o teste de correlação de Spearman foi considerado. Os resultados mostram que na maioria das mulheres predominou a disfonia organofuncional; os parâmetros vocais analisados foram de grau moderado e 64% da amostra apresentou qualidade de vida intermediária no QVV, apresentando correlação negativa com o nível de severidade dos parâmetros vocais. Pode-se concluir que quanto maior o grau de severidade dos parâmetros vocais, maior o impacto na qualidade de vida das mulheres, embora não tenha apresentado significância estatística. Isso remete à necessidade de medidas de promoção da saúde vocal, visando minimizar os efeitos dessas alterações na qualidade de vida das mulheres.

### Introdução

A voz é uma característica marcante do ser humano. Ela transmite ao ouvinte traços como sexo, idade, estado emocional, personalidade e outros. A voz humana é um som com características individuais e relaciona-se à autoimagem e à autoestima pessoal, na medida em que espelha a identidade do sujeito (GRILLO et. al., 2005; DRAGONE, 2001).

A fala e a voz são importantes para estabelecer o contato com o mundo, por meio da exteriorização de sentimentos e pensamentos. Assim, os problemas de voz têm implicações sobre os relacionamentos sociais e afetivos, as necessidades comunicativas diárias, as opções de lazer, os projetos pessoais, o exercício da profissão e as investidas para a obtenção de um emprego ou, ainda, para a almejada ascensão social e profissional – especialmente naquelas funções que demandam comunicação oral (BEHLAU et al., 2001). Assim, os efeitos de uma alteração vocal na qualidade de vida tem sido um assunto bastante estudado nas últimas décadas (HOGIKYAN et al., 2002; BEHLAU et al., 2007; KRISCHKE et al., 2005).

A qualidade de vida é um conceito de difícil definição porque é considerado subjetivo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), qualidade de vida é definida 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”. Tão difícil quanto conceituá-lo, é caracterizar o impacto de alguma doença ou desordem na qualidade de vida do indivíduo (BERLIM et al., 2003). Muitas vezes, a autopercepção da influência da voz na qualidade de vida não reflete a gravidade do problema diagnosticado pelo especialista (BEHLAU et al., 2004).

Sendo assim, a qualidade de vida relacionada à voz é um importante auxílio para se conhecer como as pessoas percebem sua saúde vocal e como reagem frente à presença de alterações na voz (CHUN, 2000). Muitos protocolos se dedicam a mensurar a disfonia e o seu impacto sobre a qualidade de vida, dentre eles podem ser citados o Questionário de Qualidade de Vida Relacionada à Voz (QVV) e o CAPE-V para avaliação perceptivo-auditiva da voz (BEHLAU et al., 2004).

Dessa forma, o presente estudo tem o objetivo de analisar o impacto da disfonia na qualidade de vida de pacientes atendidas no Núcleo de Atenção Médica Integrada – NAMI, afim de melhor compreender o distúrbio vocal do paciente, auxiliar nas estratégias de promoção da saúde, além de auxiliar no processo terapêutico.

### Metodologia

O presente estudo tem abordagem quantitativa, tendo sido realizado no período de outubro de 2010 a junho de 2011 no Núcleo de Atenção Médica Integrada – NAMI, localizado em Fortaleza-Ceará. A amostra foi composta por 25 mulheres que iniciaram atendimento fonoaudiológico no NAMI no período de janeiro a março de 2011.

Como critérios de inclusão foram considerados: sujeitos do gênero feminino, por ser a maior parte da população acometida por problemas vocais deste gênero, idade superior a 18 anos, existência de queixa vocal e fossem alfabetizadas. Foram considerados como critérios de exclusão: mulheres com déficits intelectuais, cognitivos, neurológicos e/ou auditivos, que tivessem dificuldades em responder às questões analisadas e a não aceitação por parte dos sujeitos em participar da pesquisa.

A amostra foi composta por 25 mulheres, na faixa etária de 22 a 79 anos, com média de 48 anos de idade. Os achados laringológicos revelaram: laringite crônica (9), nódulos vocais (6), sulco vocal (5), espessamento (2), edema (2), paralisia de prega vocal (2), refluxo laringofaríngeo (2), edema de Reinke (1) e exame normal (1). Vale ressaltar que estes achados podem estar associados.

Somente após a aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza (parecer Nº 11-067), a pesquisa em campo foi iniciada. Vale ressaltar, que os preceitos éticos estiveram de acordo com a resolução CNS/MS 196/96, sendo utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Numa primeira etapa, o gestor do setor de Fonoaudiologia do NAMI foi informado da pesquisa e ficou responsável em encaminhar todos os sujeitos que respeitarem os critérios acima descritos.

A coleta de dados aconteceu de forma presencial, com aplicação de dois protocolos de avaliação da voz: QVV, que visa identificar o efeito que a voz alterada pode acarretar na qualidade de vida dessas pessoas e o CAPE-V, para avaliar a qualidade perceptivo-auditiva da voz.

O protocolo QVV traduzido para o português por Behlau e adaptado do V- RQOL (Voice-Related Quality of Life), analisa o impacto da disfonia na qualidade de vida, sendo sempre o próprio paciente o informante. O protocolo consta de dez perguntas que enfatizam a condição vocal associada à condição de vida em três domínios ou escores: emocional (4 perguntas), físico (6 perguntas) e a soma dos dois anteriores chamado de escore total ou domínio geral (BEHLAU et al., 2001; BEHLAU et al., 2007).

O cálculo dos domínios apresenta como resultado notas que vão de 0 (zero) a 100, sendo 0 (zero) a pior indicação de qualidade de vida e 100 a melhor qualidade de vida. Os resultados deste protocolo foram organizados da seguinte forma: grupo A – as mulheres com escore entre 71 e 100 (melhor qualidade de vida), grupo B – as mulheres com escore entre 36 e 70 (qualidade de vida intermediária) e grupo C – as mulheres com escore entre 0 e 35 (pior qualidade de vida) (BEHLAU et al., 2001; BEHLAU et al., 2007).



# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

O segundo protocolo utilizado CAPE-V (Consensus Auditory–Perceptual Evaluation of Voice), considera os fundamentos da produção vocal, dados psicoacústicos, conhecimento sobre escalas psicométricas além das peculiaridades da percepção humana (ASHA, 2003). Este questionário é composto de seis parâmetros: Grau de severidade global - impressão global da alteração vocal; Rugosidade - irregularidade na fonte sonora; Soprosidade - escape de ar audível na voz; Tensão - esforço vocal excessivo; Pitch - correlação perceptiva da frequência fundamental; Loudness - correlação perceptiva da intensidade do som. Além destes parâmetros, podiam ser acrescentadas outras características vocais, como por exemplo: a nasalidade, o tremor vocal, ou outro parâmetro marcante na qualidade vocal de cada sujeito.

Além da marcação do desvio nos parâmetros referidos, o clínico poderia ainda indicar se a alteração assinalada era consistente (C) ou intermitente (I), circulando a respectiva letra impressa na folha de respostas. Quando um parâmetro é avaliado como consistente, indica que ele esteve presente durante todas as tarefas de fala, já o intermitente indica presença assistemática do desvio (ASHA, 2003).

Para a análise dos parâmetros descritos acima, foi realizada a gravação das vozes de cada participante por meio de um gravador digital SONY DSC-T70, com o microfone a 10 cm da boca de cada sujeito e em ambiente silencioso. A gravação ocorreu de modo individual e com a paciente na posição sentada. Na primeira tarefa cada sujeito foi requisitado a sustentar a vogal /a/ por no mínimo 5 segundos do modo mais natural.

A segunda tarefa constou de seis frases que produzem diferentes configurações laríngicas e sinais clínicos. As frases em inglês foram adaptadas para o português, a partir de discussões com fonoaudiólogos participantes do GRUPO RACC do CEV – Reciclagem e Atualização Clínico-Científica no Centro de Estudos da Voz (ASHA, 2003), quais sejam: “Érica tomou suco de pera e amora”, “Sonia sabe sambar sozinha”, “Olha lá o avião azul”, “Agora é hora de acabar”, “Minha mãe namorou um anjo”, “Papai trouxe pipoca quente”. A terceira tarefa do protocolo foi uma conversa espontânea, sendo os temas sugeridos “Fale-me sobre o seu problema de voz” ou “Diga-me como está a sua voz”. Estas tarefas foram consideradas pelo grupo como mínimas e suficientes para a avaliação inicial de voz e de um paciente.

Os dados da avaliação perceptivo-auditiva da voz foram codificados, classificando-se o grau da disфонia de acordo com Yamasaki, 2008. Estes pesquisadores consideram resultado até 35,5 pontos como desvio vocal discreto ou como variação normal da qualidade da voz; entre 35,5 e 50,5 pontos desvio vocal de grau discreto a moderado; entre 50,6 e 90,5 pontos desvio vocal de grau moderado e acima de 90,5 pontos desvio de grau intenso.

A análise das vozes foi realizada por três fonoaudiólogos com ampla experiência na clínica vocal. Todos eles foram orientados quanto à aplicação deste protocolo. Cada avaliador recebeu um DVD com as vozes gravadas de modo aleatório e foram consideradas as respostas que mais fossem repetidas, ou a média das respostas, diante de resultados muito diferentes.

Vale ressaltar, que somente os parâmetros: grau geral, rugosidade, soprosidade e tensão da escala CAPE-V foram escolhidos para a realização desta pesquisa, pois em estudos semelhantes, há referência apenas destes parâmetros da qualidade vocal.

Para verificar as correlações entre o QVV e os parâmetros perceptivo-auditivos do CAPE-V, foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearmann. O software estatístico utilizado foi o Prisma versão 4.0 e o nível de significância adotado foi de  $p < 0,05$ .

## Resultados e Discussão

A avaliação do impacto da disфонia na qualidade de vida é uma ferramenta valiosa nos procedimentos contemporâneos para o conhecimento das alterações de qualidade de vida decorrentes de problemas vocais, pois protocolos que avaliam saúde geral não mostram sensibilidade suficiente para detectar limitação vocal (HOGIKYAN et al., 1999). Por isso este tema tem recebido especial atenção na área de saúde (WILSON et al., 2002).

Quanto a distribuição dos parâmetros vocais da escala CAPE-V analisados de acordo com o grau do desvio, os resultados mostraram o predomínio da tensão de grau moderado (52%) na população estudada, assim como no grau geral da disфонia (48%) e rugosidade (44%). A soprosidade apresentou valores semelhantes de grau leve (36%) e moderado (36%). Os menores valores foram encontrados no grau intenso. Corroborando com a literatura, as modificações laríngicas decorrentes dos desajustes vocais podem ocasionar um aumento das forças adutoras da laringe, como forma de compensar o fechamento glótico incompleto dos indivíduos (FEIJÓ et al., 1996), justificando o alto valor encontrado nesse parâmetro.

Assim como a tensão, o grau geral da disфонia e a rugosidade apresentaram desvios de grau moderado e intenso em 60% e 56% da amostra, respectivamente. É importante ressaltar que a idade média da população estudada foi de 48 anos e que todas apresentavam queixa vocal. Isso pode justificar o elevado índice da impressão global da alteração vocal e a rugosidade em mais da metade da população (HONJO et al., 1980; MENEZES et al., 2007; VERDONNCK et al. 2004).

A soprosidade foi o parâmetro vocal que apresentou maior índice de desvio discreto ou de variação normal (36%), o que pode ser justificado pela fisiologia laríngea em mulheres. Neste gênero, a proporção glótica, que relaciona as dimensões antero-posteriores da glote, ou seja, entre as regiões fonatória e respiratória da laringe, apresenta valor igual a 1,0 (um). Isso favorece o fechamento glótico incompleto, e consequentemente a voz poderá ser levemente soprosa (BEHLAU et al., 2001).

A percentagem das mulheres disfônicas, de acordo com o domínio global do QVV e os tipos de disфонia mostrou que a melhor qualidade de vida foi encontrada na minoria, embora 4% das participantes já apresentassem disфонia organofuncional e 8% disфонia orgânica. A maioria das mulheres situou-se no grupo de qualidade de vida intermediária (64%). O grupo de pior qualidade de vida foi encontrado nas disfonias organofuncionais (12%) e orgânicas (12%), não sendo registrado nenhum sujeito com disфонia funcional.

Observou-se que a melhor qualidade de vida foi encontrada numa minoria (12%) da população. O restante apresentou, para a qualidade de vida, nível intermediário (64%) e o pior índice (24%). A literatura refere que o grau de severidade da disфонia está relacionado com essa perda da qualidade de vida, indicando que, quanto mais alterada a qualidade vocal, maior o impacto na qualidade de vida relacionada à voz (BEHLAU et al., 2007; MURRY et al., 2004).

Com relação à qualidade vocal, o grau geral da disфонia, a rugosidade e a tensão apresentaram maior coeficiente de correlação negativa para o domínio físico. Quanto aos domínios do QVV e os parâmetros vocais avaliados do CAPE-V, observa-se que os parâmetros grau geral, rugosidade e soprosidade da escala CAPE-V aparecem negativamente correlacionados aos domínios global, físico e sócio-emocional do QVV. O parâmetro tensão apresentou correlação negativa apenas com o domínio físico. Não houve significância estatística para estas correlações, considerando-se  $p < 0,05$ .

. Estudos mostram que este resultado possivelmente correlaciona-se com o fato das questões do escore físico serem mais facilmente observadas e assim identificadas pelo paciente, pois são sensações físicas, mais objetivas, enquanto que o escore emocional pode variar ou mesmo ser difícil mensurar quando a sensação não está presente no momento da avaliação (SPINA et al., 2009).

Os resultados da pesquisa indicam que quanto mais alterada a qualidade vocal, menor o valor no domínio físico, o que mostra ser maior o impacto na qualidade de vida relacionada à voz, embora sem significância estatística. O mesmo foi encontrado numa pesquisa que correlacionava qualidade de vida e voz em idosas (GAMA et al., 2009).

Já a soprosidade apresentou maior coeficiente de correlação negativa com o domínio sócio-emocional. As disfonias, muitas vezes, podem ser agravadas ou desencadeadas por fatores emocionais, ou seja, alterações psicoafetivas podem ocasionar desequilíbrio funcional, o que reflete numa qualidade vocal soprosa. Vários autores associam diferentes características psicológicas ou traços de personalidade à disфонia funcional, relacionando estes fatores ao aumento da tensão muscular laríngea e ao consequente surgimento deste problema vocal (GAMA et al., 2009). Isso confirma a correlação negativa entre a soprosidade e o domínio sócio-emocional na presente pesquisa, embora também não tenha apresentado significância estatística.

No parâmetro de tensão vocal, houve fraca correlação com o QVV, nos domínios global e sócio-emocional, apresentando correlação negativa apenas no domínio físico. A literatura pesquisada ressalta que a tensão no corpo todo afeta a laringe, produzindo tensão extrínseca e intrínseca de sua musculatura. As consequências são os desequilíbrios na fonação, na respiração, na ressonância e na articulação, podendo gerar de fato, alterações na qualidade vocal (MORRISON, 1994). Estudos recentes afirmam que na comparação entre os domínios do protocolo, os maiores impactos ocorrem no domínio físico, indicando que a percepção da voz não está funcionando como deveria, seja por problemas na mecânica da sua produção, seja por problemas no uso diário da voz (FORTES et al., 2007; BEHLAU et al., 2007; BEHLAU et al., 2009).

O presente estudo reforça a importância da investigação da qualidade de vida relacionada à voz, pois só assim podemos conhecer a repercussão da



limitação vocal na vida destes pacientes, desenvolver ações de promoção da saúde e realizar um planejamento terapêutico mais eficaz.

## Conclusão

As mulheres avaliadas apresentaram predominantemente grau moderado para todos os parâmetros vocais avaliados. A minoria apresentou boa qualidade de vida, ficando a grande maioria com qualidade de vida intermediária no QVV. As disfonias mais encontradas foram as organofuncionais, ou seja, as consideradas uma evolução das disfonias funcionais, pois já possuem lesões secundárias nas pregas vocais. Os valores do domínio físico apresentaram correlação negativa com o grau geral, a rugosidade e a tensão na qualidade da voz. No domínio sócio-emocional, houve correlação negativa mais acentuada com a soproidade. Estas correlações não apresentaram significância estatística. O impacto das alterações vocais na qualidade de vida torna-se nítido nesse estudo, o que chama a atenção para a necessidade da implementação de ações promotoras de saúde vocal, no sentido de evitar que a voz seja acometida e prejudique o bem estar. Entretanto, estudos com uma população maior devem ser realizados, a fim de investigar a correlação entre qualidade de vida e voz de forma mais detalhada, pois embora o presente estudo não tenha revelado significância estatística, foi capaz de mostrar a correlação negativa entre esses dois fatores. Esses efeitos negativos podem impactar na vida pessoal, social e profissional, gerando prejuízos à saúde.

## Referências

- BEHLAU, M. et al. Avaliação de voz. In: BEHLAU, M. (org.). Voz: o livro do especialista. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p. 85-245
- BEHLAU, M.; HOGIKYAN, N.D.; GASPARINI, G. Quality of life and voice: study of a Brazilian population using the voice-related quality of life measure. *Folia Phoniatr Logop.* 2007;59(6):286-96.
- BERLIM M.T.; FLECK M.P.A. Quality of life: a brand new concept for research and practice in psychiatry. *Rev Bras Psiquiatria.* São Paulo. 2003;25(4):249-52.
- BEHLAU M.et al. A voz que ensina: o professor e a comunicação oral em sala de aula. Rio de Janeiro, Revinter, 2004.
- BEHLAU M, OLIVEIRA G. Self-assessment of dysphonia in professional and non professional voice users – the Brazilian experience. XIX Ent World Congress IFOS 2009 Brasil.
- CHUN R.Y.S. A voz na interação verbal: como a interação transforma a voz: 2000. 233 f.
- Consensus Auditory - Perceptual Evaluation of Voice (CAPE-V), ASHA 2003, comentado por BEHLAU. Sponsored by American Speech-Language-Hearing Association's (ASHA) Division 3: Voice and Voice Disorders, Department of Communication Science and Disorders, University of Pittsburgh. Pittsburgh on June 10-11,2002. [text on the internet]. [cited 2004 Aug 12].
- DRAGONE, M.L.O.S. Novos caminhos para os estudos sobre a voz do professor. *Rev. Fonoaudiologia.* Brasil. 2001;1(1):43-50.
- FEIJÓ A, ESTRELA F, SCALCO M. Avaliação perceptiva e quantitativa da voz na terceira idade. *Fonoaudiologia Brasil.* 1998;1(1):22-31.
- FORTES FSG, IMAMURA R, TSUJI DH, SENNES LU. Perfis dos profissionais da voz com queixas vocais atendidos em um centro terciário de saúde. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2007;73(1):27-31.
- GAMA, A.C.C. et al. Correlação entre dados perceptivo-auditivos e qualidade de vida em voz de idosas. *Pró-Fono R. Atual. Cient.* [online]. 2009, vol.21, n.2 [cited 2011-05-22], pp. 125-130 .
- GRILLO,M.H.M.M., Pentiado,R.Z. Impacto da voz na qualidade de vida de professores do ensino fundamental. *Pro-Fono Revista de atualização cinetífica,* São Paulo, v17, n.3, p. 321-330, set-dez 2005.
- GILL T.M.; FEINSTEIN A.R. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA* 1994; 272:619-26.
- HOGIKYAN, N.D.; ROSEN, C.A. A review of outcome measurements for voice disorders. *Otolaryngol Head Neck Surg. Review* 2002;126(5):562-72.
- HONJO I, ISSHIKI N. Laryngoscopic and voice characteristics of aged persons. *Chicago: Arch Otolaryngol.*1980;106(3):149-50.
- MORRISON, M.D.& RAMMAGE, L. A - The Management of Voice Disorders. Publishing Group, Chapman & Hall Medical; San Diego, 1994.
- The WHOQOL Group. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the world health organization. *Soc Sci Med, Oxford.* 1995; 41(10):1403-9.
- WILSON JA, DEARY IJ, MILLAR A, MACKENZIE K. The Quality of life impact of dysphonia. *Clin Otolaryngol Allied Sci.* 2002; 27:179-82.
- YAMASAKI R; et al. Correspondência entre escala analógico-visual e a escala numérica na avaliação perceptivo-auditiva de vozes. In: *Anais 16º Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia.* Campos do Jordão. 2008.

## Agradecimentos

À Deus, por se fazer presente em todas as horas. À minha família e amigos, pelo apoio constante, o amor, a amizade e o acolhimento.

# V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Daniele de Araújo Oliveira Carlos (apresentadora) - Universidade de Fortaleza *danii\_joly@yahoo.com.br*

Emmily Sanders e Castro - Universidade de Fortaleza

Karine Capistrano da Silveira - Universidade de Fortaleza

Raimunda Magalhães da Silva - Universidade de Fortaleza

Christina Cesar Praça Brasil (Orientador) – Universidade de Fortaleza

*Palavras-chave: Voz. Disfonia. Qualidade de vida.*

## Resumo

A voz é um elemento fundamental para as relações humanas, seja na vida pessoal como profissional. As alterações vocais, quando se instalam, trazem prejuízos para a qualidade de vida das pessoas. Na mulheres, esses efeitos negativos tornam-se ainda mais evidentes, diante da diversidade de funções que ocupam na sociedade moderna. O objetivo deste estudo foi analisar o impacto da disfonia na qualidade de vida de pacientes atendidas no Núcleo de Atenção Médica Integrada - NAMI. Estudo quantitativo e transversal realizado com 25 mulheres, com idades entre 22 a 67 anos. Foram utilizados o questionário de Qualidade de Vida Relacionada à Voz (QVV) e o CAPE-V para avaliação perceptivo-auditiva da voz. Para análise dos resultados, o teste de correlação de Spearmam foi considerado. Os resultados mostram que na maioria das mulheres predominou a disfonia organofuncional; os parâmetros vocais analisados foram de grau moderado e 64% da amostra apresentou qualidade de vida intermediária no QVV, apresentando correlação negativa com o nível de severidade dos parâmetros vocais. Pode-se concluir que quanto maior o grau de severidade dos parâmetros vocais, maior o impacto na qualidade de vida das mulheres, embora não tenha apresentado significância estatística. Isso remete à necessidade de medidas de promoção da saúde vocal, visando minimizar os efeitos dessas alterações na qualidade de vida das mulheres.

## Introdução

A voz é uma característica marcante do ser humano. Ela transmite ao ouvinte traços como sexo, idade, estado emocional, personalidade e outros. A voz humana é um som com características individuais e relaciona-se à autoimagem e à autoestima pessoal, na medida em que espelha a identidade do sujeito (GRILLO et. al., 2005; DRAGONE, 2001).

A fala e a voz são importantes para estabelecer o contato com o mundo, por meio da exteriorização de sentimentos e pensamentos. Assim, os problemas de voz têm implicações sobre os relacionamentos sociais e afetivos, as necessidades comunicativas diárias, as opções de lazer, os projetos pessoais, o exercício da profissão e as investidas para a obtenção de um emprego ou, ainda, para a almejada ascensão social e profissional – especialmente naquelas funções que demandam comunicação oral (BEHLAU et al., 2001). Assim, os efeitos de uma alteração vocal na qualidade de vida tem sido um assunto bastante estudado nas últimas décadas (HOGIKYAN et al., 2002; BEHLAU et al., 2007; KRISCHKE et al., 2005).

A qualidade de vida é um conceito de difícil definição porque é considerado subjetivo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), qualidade de vida é definida 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”. Tão difícil quanto conceituá-lo, é caracterizar o impacto de alguma doença ou desordem na qualidade de vida do indivíduo (BERLIM et al., 2003). Muitas vezes, a autopercepção da influência da voz na qualidade de vida não reflete a gravidade do problema diagnosticado pelo especialista (BEHLAU et al., 2004).

Sendo assim, a qualidade de vida relacionada à voz é um importante auxílio para se conhecer como as pessoas percebem sua saúde vocal e como reagem frente à presença de alterações na voz (CHUN, 2000). Muitos protocolos se dedicam a mensurar a disfonia e o seu impacto sobre a qualidade de vida, dentre eles podem ser citados o Questionário de Qualidade de Vida Relacionada à Voz (QVV) e o CAPE-V para avaliação perceptivo-auditiva da voz (BEHLAU et al., 2004).

Dessa forma, o presente estudo tem o objetivo de analisar o impacto da disfonia na qualidade de vida de pacientes atendidas no Núcleo de Atenção Médica Integrada – NAMI, afim de melhor compreender o distúrbio vocal do paciente, auxiliar nas estratégias de promoção da saúde, além de auxiliar no processo terapêutico.

## Metodologia

O presente estudo tem abordagem quantitativa, tendo sido realizado no período de outubro de 2010 a junho de 2011 no Núcleo de Atenção Médica Integrada – NAMI, localizado em Fortaleza-Ceará. A amostra foi composta por 25 mulheres que iniciaram atendimento fonoaudiológico no NAMI no período de janeiro a março de 2011.

Como critérios de inclusão foram considerados: sujeitos do gênero feminino, por ser a maior parte da população acometida por problemas vocais deste gênero, idade superior a 18 anos, existência de queixa vocal e fossem alfabetizadas. Foram considerados como critérios de exclusão: mulheres com déficits intelectuais, cognitivos, neurológicos e/ou auditivos, que tivessem dificuldades em responder às questões analisadas e a não aceitação por parte dos sujeitos em participar da pesquisa.



A amostra foi composta por 25 mulheres, na faixa etária de 22 a 79 anos, com média de 48 anos de idade. Os achados laringológicos revelaram: laringite crônica (9), nódulos vocais (6), sulco vocal (5), espessamento (2), edema (2), paralisia de prega vocal (2), refluxo laringofaríngeo (2), edema de Reinke (1) e exame normal (1). Vale ressaltar que estes achados podem estar associados.

Somente após a aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza (parecer Nº 11-067), a pesquisa em campo foi iniciada. Vale ressaltar, que os preceitos éticos estiveram de acordo com a resolução CNS/MS 196/96, sendo utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Numa primeira etapa, o gestor do setor de Fonoaudiologia do NAMI foi informado da pesquisa e ficou responsável em encaminhar todos os sujeitos que respeitarem os critérios acima descritos.

A coleta de dados aconteceu de forma presencial, com aplicação de dois protocolos de avaliação da voz: QVV, que visa identificar o efeito que a voz alterada pode acarretar na qualidade de vida dessas pessoas e o CAPE-V, para avaliar a qualidade perceptivo-auditiva da voz.

O protocolo QVV traduzido para o português por Behlau e adaptado do V- RQOL (Voice-Related Quality of Life), analisa o impacto da disfonia na qualidade de vida, sendo sempre o próprio paciente o informante. O protocolo consta de dez perguntas que enfatizam a condição vocal associada à condição de vida em três domínios ou escores: emocional (4 perguntas), físico (6 perguntas) e a soma dos dois anteriores chamado de escore total ou domínio geral (BEHLAU et al., 2001; BEHLAU et al., 2007).

O cálculo dos domínios apresenta como resultado notas que vão de 0 (zero) a 100, sendo 0 (zero) a pior indicação de qualidade de vida e 100 a melhor qualidade de vida. Os resultados deste protocolo foram organizados da seguinte forma: grupo A – as mulheres com escore entre 71 e 100 (melhor qualidade de vida), grupo B – as mulheres com escore entre 36 e 70 (qualidade de vida intermediária) e grupo C – as mulheres com escore entre 0 e 35 (pior qualidade de vida) (BEHLAU et al., 2001; BEHLAU et al., 2007).

O segundo protocolo utilizado CAPE-V (Consensus Auditory–Perceptual Evaluation of Voice), considera os fundamentos da produção vocal, dados psicoacústicos, conhecimento sobre escalas psicométricas além das peculiaridades da percepção humana (ASHA, 2003). Este questionário é composto de seis parâmetros: Grau de severidade global - impressão global da alteração vocal; Rugosidade - irregularidade na fonte sonora; Soprosidade - escape de ar audível na voz; Tensão - esforço vocal excessivo; Pitch - correlação perceptiva da frequência fundamental; Loudness - correlação perceptiva da intensidade do som. Além destes parâmetros, podiam ser acrescentadas outras características vocais, como por exemplo: a nasalidade, o tremor vocal, ou outro parâmetro marcante na qualidade vocal de cada sujeito.

Além da marcação do desvio nos parâmetros referidos, o clínico poderia ainda indicar se a alteração assinalada era consistente (C) ou intermitente (I), circulando a respectiva letra impressa na folha de respostas. Quando um parâmetro é avaliado como consistente, indica que ele esteve presente durante todas as tarefas de fala, já o intermitente indica presença assistemática do desvio (ASHA, 2003).

Para a análise dos parâmetros descritos acima, foi realizada a gravação das vozes de cada participante por meio de um gravador digital SONY DSC-T70, com o microfone a 10 cm da boca de cada sujeito e em ambiente silencioso. A gravação ocorreu de modo individual e com a paciente na posição sentada. Na primeira tarefa cada sujeito foi requisitado a sustentar a vogal /a/ por no mínimo 5 segundos do modo mais natural.

A segunda tarefa constou de seis frases que produzem diferentes configurações laríngeas e sinais clínicos. As frases em inglês foram adaptadas para o português, a partir de discussões com fonoaudiólogos participantes do GRUPO RACC do CEV – Reciclagem e Atualização Clínico-Científica no Centro de Estudos da Voz (ASHA, 2003), quais sejam: “Érica tomou suco de pera e amora”, “Sonia sabe sambar sozinha”, “Olha lá o avião azul”, “Agora é hora de acabar”, “Minha mãe namorou um anjo”, “Papai trouxe pipoca quente”. A terceira tarefa do protocolo foi uma conversa espontânea, sendo os temas sugeridos “Fale-me sobre o seu problema de voz” ou “Diga-me como está a sua voz”. Estas tarefas foram consideradas pelo grupo como mínimas e suficientes para a avaliação inicial de voz e de um paciente.

Os dados da avaliação perceptivo-auditiva da voz foram codificados, classificando-se o grau da disfonia de acordo com Yamasaki, 2008. Estes pesquisadores consideram resultado até 35,5 pontos como desvio vocal discreto ou como variação normal da qualidade da voz; entre 35,5 e 50,5 pontos desvio vocal de grau discreto a moderado; entre 50,6 e 90,5 pontos desvio vocal de grau moderado e acima de 90,5 pontos desvio de grau intenso.

A análise das vozes foi realizada por três fonoaudiólogos com ampla experiência na clínica vocal. Todos eles foram orientados quanto à aplicação deste protocolo. Cada avaliador recebeu um DVD com as vozes gravadas de modo aleatório e foram consideradas as respostas que mais fossem repetidas, ou a média das respostas, diante de resultados muito diferentes.

Vale ressaltar, que somente os parâmetros: grau geral, rugosidade, soprosidade e tensão da escala CAPE-V foram escolhidos para a realização desta pesquisa, pois em estudos semelhantes, há referência apenas destes parâmetros da qualidade vocal.

Para verificar as correlações entre o QVV e os parâmetros perceptivo-auditivos do CAPE-V, foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearmam. O software estatístico utilizado foi o Prisma versão 4.0 e o nível de significância adotado foi de  $p < 0,05$ .



## Resultados e Discussão

A avaliação do impacto da disfonia na qualidade de vida é uma ferramenta valiosa nos procedimentos contemporâneos para o conhecimento das alterações de qualidade de vida decorrentes de problemas vocais, pois protocolos que avaliam saúde geral não mostram sensibilidade suficiente para detectar limitação vocal (HOGIKYAN et al., 1999). Por isso este tema tem recebido especial atenção na área de saúde (WILSON et al., 2002).

Quanto a distribuição dos parâmetros vocais da escala CAPE-V analisados de acordo com o grau do desvio, os resultados mostraram o predomínio da tensão de grau moderado (52%) na população estudada, assim como no grau geral da disfonia (48%) e rugosidade (44%). A soproidade apresentou valores semelhantes de grau leve (36%) e moderado (36%). Os menores valores foram encontrados no grau intenso. Corroborando com a literatura, as modificações laríngeas decorrentes dos desajustes vocais podem ocasionar um aumento das forças adutoras da laringe, como forma de compensar o fechamento glótico incompleto dos indivíduos (FEIJÓ et al., 1996), justificando o alto valor encontrado nesse parâmetro.

Assim como a tensão, o grau geral da disfonia e a rugosidade apresentaram desvios de grau moderado e intenso em 60% e 56% da amostra, respectivamente. É importante ressaltar que a idade média da população estudada foi de 48 anos e que todas apresentavam queixa vocal. Isso pode justificar o elevado índice da impressão global da alteração vocal e a rugosidade em mais da metade da população (HONJO et al., 1980; MENEZES et al., 2007; VERDONNCK et al. 2004).

A soproidade foi o parâmetro vocal que apresentou maior índice de desvio discreto ou de variação normal (36%), o que pode ser justificado pela fisiologia laríngea em mulheres. Neste gênero, a proporção glótica, que relaciona as dimensões antero-posteriores da glote, ou seja, entre as regiões fonatória e respiratória da laringe, apresenta valor igual a 1,0 (um). Isso favorece o fechamento glótico incompleto, e consequentemente a voz poderá ser levemente soprosa (BEHLAU et al., 2001).

A percentagem das mulheres disfônicas, de acordo com o domínio global do QVV e os tipos de disfonia mostrou que a melhor qualidade de vida foi encontrada na minoria, embora 4% das participantes já apresentassem disfonia organofuncional e 8% disfonia orgânica. A maioria das mulheres situou-se no grupo de qualidade de vida intermediária (64%). O grupo de pior qualidade de vida foi encontrado nas disfonias organofuncionais (12%) e orgânicas (12%), não sendo registrado nenhum sujeito com disfonia funcional.

Observou-se que a melhor qualidade de vida foi encontrada numa minoria (12%) da população. O restante apresentou, para a qualidade de vida, nível intermediário (64%) e o pior índice (24%). A literatura refere que o grau de severidade da disfonia está relacionado com essa perda da qualidade de vida, indicando que, quanto mais alterada a qualidade vocal, maior o impacto na qualidade de vida relacionada à voz (BEHLAU et al., 2007; MURRY et al., 2004).

Com relação à qualidade vocal, o grau geral da disfonia, a rugosidade e a tensão apresentaram maior coeficiente de correlação negativa para o domínio físico. Quanto aos domínios do QVV e os parâmetros vocais avaliados do CAPE-V, observa-se que os parâmetros grau geral, rugosidade e soproidade da escala CAPE-V aparecem negativamente correlacionados aos domínios global, físico e sócio-emocional do QVV. O parâmetro tensão apresentou correlação negativa apenas com o domínio físico. Não houve significância estatística para estas correlações, considerando-se  $p < 0,05$ .

. Estudos mostram que este resultado possivelmente correlaciona-se com o fato das questões do escore físico serem mais facilmente observadas e assim identificadas pelo paciente, pois são sensações físicas, mais objetivas, enquanto que o escore emocional pode variar ou mesmo ser difícil mensurar quando a sensação não está presente no momento da avaliação (SPINA et al., 2009).

Os resultados da pesquisa indicam que quanto mais alterada a qualidade vocal, menor o valor no domínio físico, o que mostra ser maior o impacto na qualidade de vida relacionada à voz, embora sem significância estatística. O mesmo foi encontrado numa pesquisa que correlacionava qualidade de vida e voz em idosas (GAMA et al., 2009).

Já a soproidade apresentou maior coeficiente de correlação negativa com o domínio sócio-emocional. As disfonias, muitas vezes, podem ser agravadas ou desencadeadas por fatores emocionais, ou seja, alterações psicoafetivas podem ocasionar desequilíbrio funcional, o que reflete numa qualidade vocal soprosa. Vários autores associam diferentes características psicológicas ou traços de personalidade à disfonia funcional, relacionando estes fatores ao aumento da tensão muscular laríngea e ao consequente surgimento deste problema vocal (GAMA et al., 2009). Isso confirma a correlação negativa entre a soproidade e o domínio sócio-emocional na presente pesquisa, embora também não tenha apresentado significância estatística.

No parâmetro de tensão vocal, houve fraca correlação com o QVV, nos domínios global e sócio-emocional, apresentando correlação negativa apenas no domínio físico. A literatura pesquisada ressalta que a tensão no corpo todo afeta a laringe, produzindo tensão extrínseca e intrínseca de sua musculatura. As consequências são os desequilíbrios na fonação, na respiração, na ressonância e na articulação, podendo gerar de fato, alterações na qualidade vocal (MORRISON, 1994). Estudos recentes afirmam que na comparação entre os domínios do protocolo, os maiores impactos ocorrem no domínio físico, indicando que a percepção da voz não está funcionando como deveria, seja por problemas na mecânica da sua produção, seja por problemas no uso diário da voz (FORTES et al., 2007; BEHLAU et al., 2007; BEHLAU et al., 2009).

O presente estudo reforça a importância da investigação da qualidade de vida relacionada à voz, pois só assim podemos

conhecer a repercussão da limitação vocal na vida destes pacientes, desenvolver ações de promoção da saúde e realizar um planejamento terapêutico mais eficaz.

## Conclusão

As mulheres avaliadas apresentaram predominantemente grau moderado para todos os parâmetros vocais avaliados. A minoria apresentou boa qualidade de vida, ficando a grande maioria com qualidade de vida intermediária no QVV. As disfonias mais encontradas foram as organofuncionais, ou seja, as consideradas uma evolução das disfonias funcionais, pois já possuem lesões secundárias nas pregas vocais. Os valores do domínio físico apresentaram correlação negativa com o grau geral, a rugosidade e a tensão na qualidade da voz. No domínio sócio-emocional, houve correlação negativa mais acentuada com a soproidade. Estas correlações não apresentaram significância estatística.

O impacto das alterações vocais na qualidade de vida torna-se nítido nesse estudo, o que chama a atenção para a necessidade da implementação de ações promotoras de saúde vocal, no sentido de evitar que a voz seja acometida e prejudique o bem estar. Entretanto, estudos com uma população maior devem ser realizados, a fim de investigar a correlação entre qualidade de vida e voz de forma mais detalhada, pois embora o presente estudo não tenha revelado significância estatística, foi capaz de mostrar a correlação negativa entre esses dois fatores. Esses efeitos negativos podem impactar na vida pessoal, social e profissional, gerando prejuízos à saúde.

## Referências

BEHLAU, M. et al. Avaliação de voz. In: BEHLAU, M. (org.). Voz: o livro do especialista. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p. 85-245

BEHLAU, M.; HOGIKYAN, N.D.; GASPARINI, G. Quality of life and voice: study of a Brazilian population using the voice-related quality of life measure. *Folia Phoniatr Logop.* 2007;59(6):286-96.

BERLIM M.T.; FLECK M.P.A. Quality of life: a brand new concept for research and practice in psychiatry. *Rev Bras Psiquiatria.* São Paulo. 2003;25(4):249-52.

BEHLAU M.et al. A voz que ensina: o professor e a comunicação oral em sala de aula. Rio de Janeiro, Revinter, 2004.

BEHLAU M, OLIVEIRA G. Self-assessment of dysphonia in professional and non professional voice users – the Brazilian experience. XIX Ent World Congress IFOS 2009 Brasil.

CHUN R.Y.S. A voz na interação verbal: como a interação transforma a voz: 2000. 233 f.

Consensus Auditory - Perceptual Evaluation of Voice (CAPE-V), ASHA 2003, comentado por BEHLAU. Sponsored by American Speech-Language-Hearing Association's (ASHA) Division 3: Voice and Voice Disorders, Department of Communication Science and Disorders, University of Pittsburgh. Pittsburgh on June 10-11,2002. [text on the internet]. [cited 2004 Aug 12].

DRAGONE, M.L.O.S. Novos caminhos para os estudos sobre a voz do professor. *Rev. Fonoaudiologia. Brasil.* 2001;1(1):43-50.

FEIJÓ A, ESTRELA F, SCALCO M. Avaliação perceptiva e quantitativa da voz na terceira idade. *Fonoaudiologia Brasil.* 1998;1(1):22-31.

FORTES FSG, IMAMURA R, TSUJI DH, SENNES LU. Perfis dos profissionais da voz com queixas vocais atendidos em um centro terciário de saúde. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2007;73(1):27-31.

GAMA, A.C.C. et al. Correlação entre dados perceptivo-auditivos e qualidade de vida em voz de idosas. *Pró-Fono R. Atual. Cient.* [online]. 2009, vol.21, n.2 [cited 2011-05-22], pp. 125-130 .

GRILLO,M.H.M.M., Pentiado,R.Z. Impacto da voz na qualidade de vida de professores do ensino fundamental. *Pro-Fono Revista de atualização cinetífica, São Paulo, v17, n.3, p. 321-330, set-dez 2005.*

GILL T.M.; FEINSTEIN A.R. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA* 1994; 272:619-26.

HOGIKYAN, N.D.; ROSEN, C.A. A review of outcome measurements for voice disorders. *Otolaryngol Head Neck Surg. Review* 2002;126(5):562-72.

HONJO I, ISSHIKI N. Laryngoscopic and voice characteristics of aged persons. Chicago: *Arch Otolaryngol.*1980;106(3):149-50.

MORRISON, M.D.& RAMMAGE, L. A - The Management of Voice Disorders. Publishing Group, Chapman & Hall Medical; San Diego, 1994.

The WHOQOL Group. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the world health organization. *Soc Sci Med, Oxford.* 1995; 41(10):1403-9.

WILSON JA, DEARY IJ, MILLAR A, MACKENZIE K. The Quality of life impact of dysphonia. *Clin Otolaryngol Allied Sci.* 2002; 27:179-82.

YAMASAKI R; et al. Correspondência entre escala analógico-visual e a escala numérica na avaliação perceptivo-auditiva de

vozes. In: Anais 16º Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia. Campos do Jordão. 2008.

## Agradecimentos

À Deus, por se fazer presente em todas as horas. À minha família e amigos, pelo apoio constante, o amor, a amizade e o acolhimento.



1 Andréa Pereira da Silva. Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí Bolsista da CAPES. E-mail: andrea.cafs@yahoo.com.br

2 Lívio Eduardo Pereira Alves. Enfermeiro pela Universidade Federal do Piauí.

3 Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal do Piauí.

4 Marta Maria Coelho Damasceno. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq.

5 Roberto Wagner Júnior Freire de Freitas. Doutor em Enfermagem. Docente da Universidade Federal do Piauí.

Palavras-chave: Sobrepeso. Obesidade. Diabetes Mellitus tipo 2. Enfermagem.

## Resumo

**Introdução:** O excesso de peso, caracterizado pela presença de sobrepeso e de obesidade, é considerado um sério problema de saúde pública, estando relacionado ao surgimento de distintas doenças crônicas, em especial o Diabetes Mellitus tipo 2. Avaliar a prevalência do excesso de peso nos pacientes com DM2 se faz necessário para se ter subsídios para uma intervenção eficaz. **Objetivo:** identificar o sobrepeso e a obesidade em uma população de pacientes com DM2. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, realizado em 63 pacientes, de ambos os sexos, maiores de 18 anos, acompanhados nas Unidades de Saúde da Família do município de Floriano-PI. Para a coleta dos dados utilizou-se instrumento padronizado com variáveis sociodemográficas e clínicas. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí sob o número 485.420. **Resultados:** Encontrou-se prevalência de hipertensão arterial (31,7%), de sedentarismo (71,4%), de elevação da circunferência da cintura (CC) (71,4%), de tabagismo (9,5%) e de etilismo (22,2%). O excesso de peso foi detectado em 79,4% dos sujeitos, sendo 41,3% para sobrepeso e 38,1% para obesidade. Além disso, o excesso de peso esteve associado ao sexo feminino ( $p=0,041$ ), à elevação da CC ( $p=0,000$ ) e ao tabagismo ( $p=0,013$ ). **Conclusão:** o excesso de peso está fortemente presente nos pacientes diabéticos. Tal fato vem a ratificar que o sobrepeso e a obesidade estão intimamente relacionados à prevalência do distúrbio metabólico. Medidas de intervenção devem ser aplicadas a essa população com o objetivo de diminuir as possibilidades de complicações do diabetes mellitus tipo 2.

## Introdução

O Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente, o sedentarismo, dietas pouco saudáveis e a obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da prevalência da enfermidade (BRASIL, 2011).

Nesse contexto, o sobrepeso e a obesidade destacam-se pela associação com o DM2, sendo caracterizados como o acúmulo de gordura anormal ou excessivo que podem prejudicar a saúde, os quais são detectados através do índice de massa corporal (IMC) que é uma relação entre o peso da pessoa em quilogramas dividido pelo quadrado da sua altura em metros ( $\text{kg} / \text{m}^2$ ). Além disso, a obesidade é considerada uma doença não transmissível, tendo uma série de características, como: longo período de latência, longo curso assintomático, curso clínico em geral lento, prolongado e permanentes manifestações clínicas com períodos de remissão e de exacerbação e de múltiplas determinações, com forte componente ambiental. (BRASIL, 2006).

Conhecer e identificar a prevalência desses fatores de risco se faz necessário na população com DM2, uma vez que, medidas de promoção da saúde e educação em saúde podem ser traçadas para prevenir que esses pacientes sejam acometidos, precocemente, pelas complicações micro e macrovasculares do DM2, melhorando assim a qualidade de vida desses pacientes. Dessa forma, objetivou-se no presente estudo identificar o sobrepeso e obesidade em pacientes com diabetes mellitus tipo 2.

## Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado nas Unidades Básicas de Saúde de Floriano-PI. A amostra, composta por estratificação, envolveu 63 pacientes diabéticos, de ambos os sexos, maiores de 18 anos, cadastrados e acompanhados nas Unidades de Saúde da Família do município de Floriano-PI.

Os critérios de inclusão utilizados foram: ter diagnóstico confirmado de diabetes mellitus tipo 2; ser atendido (a) nos serviços da rede de atenção básica de saúde de Floriano-PI; residir em Floriano-PI; ter prontuário ou ficha de saúde disponível no serviço; ter condições físicas e mentais para responder a entrevista. As pacientes grávidas foram excluídas da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu nos meses de dezembro/2013 a fevereiro/2014, por meio de um formulário padronizado com variáveis sociodemográficas e clínicas. Foram mensurados o peso e a altura, calculado o Índice de Massa Corporal (IMC), medido a Circunferência da Cintura (CC) e aferido a pressão arterial. Além disso, os participantes foram indagados quanto à prática de atividade física, tabagismo e etilismo.

Os dados, após coleta e conferência dos instrumentos, foram digitados numa planilha Excel. Após isto, foram exportados para o software estatístico Epi Info, versão 3.5.2 para tratamento e geração dos resultados. Foram calculadas as medidas estatísticas das variáveis quantitativas: média, desvio padrão e, ainda, as medidas epidemiológicas: prevalência e razão de prevalência. Além disso, foram realizados os testes de associações entre o sobrepeso e a obesidade e as variáveis do estudo. Na oportunidade, utilizou-se o qui-quadrado e o Teste t de Student para variâncias iguais e desiguais. Para todas as análises estatísticas inferenciais foram consideradas como estatisticamente significantes aquelas com  $p < 0,05$ .

O projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Piauí, sendo aprovado através do parecer nº485.420. Os pacientes que concordaram em participar assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, no qual constavam as informações detalhadas sobre o estudo, a liberdade para desistir do mesmo a qualquer momento, a garantia do anonimato e, ainda, que o estudo traria riscos mínimos para os participantes, conforme preconizado pela resolução Resolução nº466/2012.

## Resultados e Discussão

De acordo com os dados obtidos pelo presente estudo, observou-se que houve uma prevalência maior do sexo feminino (76,2%). Essa prevalência corrobora com outros estudos, que abordaram as características desse grupo de indivíduos. Como por exemplo, no estudo desenvolvido por Olmi et al. (2009), no qual os autores identificaram, que quanto ao sexo dos pacientes, houve uma prevalência mais elevada entre o sexo feminino (73,2%).

Com relação à circunferência da cintura, no estudo constatou-se que 71,4% dos indivíduos portadores de DM2, encontravam-se com valores acima dos parâmetros normais. Do mesmo modo, estudo realizado com pacientes diabéticos revelou que 84% dos indivíduos

foram classificados com obesidade central (MARINHO, et al. 2012). Além disso, outra investigação encontrou uma relação estatisticamente significativa entre ser paciente com DM2 e apresentar valores elevados de circunferência da cintura ( $p=0,049$ ). Tal achado vem a corroborar com a ideia de que a obesidade central se configura com um dos maiores fatores de risco para o desenvolvimento do diabetes na faixa etária adulta e idosa (DOSSE et al. 2009).

No que concerne à hipertensão arterial, pode-se observar que 31,7% dos pacientes apresentaram valores pressóricos elevados, classificando os mesmos como hipertensos, de acordo com a literatura utilizada. Nesse mesmo âmbito, estudiosos tem realizado distintas pesquisas que têm demonstrado a real associação entre a hipertensão arterial e o diabetes mellitus (SANTOS; PINHO, 2012; PINTO et al., 2010). Tal fato pode ser explicado, em parte, devido à similaridade dos fatores de risco para ambas as enfermidades.

Referente ao sedentarismo foi encontrado nesta pesquisa que 71,4% dos pacientes não praticavam regularmente exercícios físicos. Esse achado encontra respaldo em outras pesquisas, como a de Monteiro Júnior, et al. (2007), onde os autores verificaram prevalência de sedentarismo de 62%. A prática de exercícios físicos é uma atividade imprescindível no tratamento do DM, sendo amplamente recomendada aos pacientes diabéticos, uma vez que quando realizada de forma frequente melhora o controle da glicemia, reduz os fatores de risco cardiovascular, além de prevenir e retardar o desenvolvimento da obesidade (VANCEA et al., 2009).

Dando seguimento aos achados do presente estudo, ressalta-se que o tabagismo e o etilismo estiveram presentes em 9,5% e 22,2% dos sujeitos, respectivamente. Em estudo desenvolvido por Longo et al. (2011), o tabagismo foi evidenciado em 31,11% dos homens e 28,89% das mulheres, dados bem superiores ao que foi encontrado na pesquisa em questão.

Em se tratando do estado nutricional, encontrou-se que 50 (79,4%) pacientes apresentavam excesso de peso. A obesidade, de forma isolada, esteve presente em 38,1% dos indivíduos. No estudo de Dalcegio (2009) encontrou-se, através do uso do IMC, 36,1% de sobrepeso e 50,0% de obesidade entre os portadores de diabetes mellitus tipo 2 avaliados. É importante destacar que a obesidade é um fator que predispõe ao aparecimento do DM2, assim como, da hipertensão arterial e da dislipidemia. Estima-se que 80% dos pacientes com DM2 apresentem obesidade ou excesso de peso (SBD, 2009). Além desses estudos, outras investigações também encontraram percentuais de sobrepeso e obesidade em pacientes com DM2, apresentando, por exemplo, percentuais de 72,0% e 80,8%, respectivamente (COMAR et al., 2011; BARRILE et al., 2013).

Com relação aos cruzamentos realizados entre o estado nutricional e as variáveis do estudo, percebeu-se que houve relação estatisticamente significativa entre o excesso de peso e o sexo feminino ( $p=0,041$ ), excesso de peso e CC elevada ( $p=0,000$ ) e, excesso de peso e tabagismo ( $p=0,013$ ). No que se refere ao sexo feminino, estudos publicados na literatura já tem demonstrado que as mulheres apresentam maiores percentuais de excesso de peso do que os homens. Os fatores para esse achado podem ser diversos, entre eles está o elevado índice de sedentarismo entre as mulheres (VASQUES et al., 2007; PICON et al., 2007). Com relação à CC, a presente associação se torna de fácil explicação. Possuir uma medida da circunferência da cintura elevada, corrobora de forma substancial no estado nutricional do indivíduo, ou seja, ter sobrepeso e obesidade, reflete em possuir uma elevada CC (SILVA; SIMÕES; LEITE, 2007). Por fim, o uso do tabaco em associação com o estado nutricional pode ser explicado, em parte, levando em consideração que os indivíduos que fumam apresentam menor apetite comparado àqueles que não possuem o hábito de fumar. Esses achados podem ser sustentados pela literatura (GABAN, 2013).

Diante do exposto, pode-se observar que os indivíduos com DM2 em um número expressivo, apresentam ou tendem a desenvolver o sobrepeso e/ou a obesidade, tal fato justifica-se devido ao estilo de vida inadequado destes indivíduos.

## Conclusão

Dos 63 sujeitos avaliados, prevaleceu na amostra o sexo feminino, pardos, casados, católicos, indivíduos com baixa escolaridade, sem emprego formal e indivíduos pertencentes às classes econômicas D e E.

Com relação às variáveis clínicas, encontrou-se prevalência de hipertensão arterial (31,7%), de sedentarismo (71,4%), de elevação da circunferência da cintura (71,4%), de tabagismo (9,5%) e de etilismo em (22,2%). O excesso de peso foi detectado em 79,4% dos sujeitos, sendo 41,3% para sobrepeso e 38,1% para obesidade. Além disso, o excesso de peso esteve associado ao sexo feminino ( $p=0,041$ ), à elevação da CC ( $p=0,000$ ) e ao tabagismo ( $p=0,013$ ).

Conclui-se, diante dos achados, que o excesso de peso está fortemente presente nos pacientes diabéticos, cadastrados e acompanhados nas Estratégias de Saúde da Família do município de Floriano-PI. Tal fato vem a ratificar que o sobrepeso e a obesidade estão intimamente relacionados à prevalência do distúrbio metabólico, sendo, realmente fortes fatores de risco. Intervenções devem ser aplicadas a essa população com o objetivo de diminuir as possibilidades de complicações micro e macrovasculares do diabetes mellitus tipo 2. A prática regular de exercícios físicos deve ser incentivada para melhorar os níveis glicêmicos, assim como, ajudar na diminuição do peso corporal.

## Referências

BARRILE, S. R. Comprometimento sensório-motor dos membros inferiores em diabéticos tipo 2. *Fisioter Mov.* v. 26, n. 3, p. 537-48, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Diário Oficial da União nº 112/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diabetes mellitus. Brasília, 2006.

COMAR, J. F. et al. Perfil de pacientes diabéticos tipo 2 usuários de insulina disponibilizada pela secretaria municipal de saúde de Maringá, Pr, Brasil. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar, Umuarama*, v. 15, n. 3, p. 243-246, set./dez. 2011.

DALCEGIO, M. Adesão medicamentosa em indivíduos com diabetes mellitus tipo 2 e fatores relacionados à adesão. Florianópolis, 2009.

DOSSE, C. et al. Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. *Rev. Latinoam. Enfermagem*, v.17, n.2, 2009.

GABAN, S. C. N. Excesso de peso e obesidade central em população adulta urbana-fatores associados e doenças relacionadas ao risco cardiovascular. Campo Grande, 2013.

LONGO, G. Z. et al. Prevalência e distribuição dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis entre adultos da cidade de Lages – SC, sul do Brasil, 2007. *Rev Bras de Epidemiol.* v. 14, n. 4, p. 698-708, 2011.

MARINHO, N. B. P. et al. Diabetes *mellitus*: fatores associados entre usuários da estratégia saúde da família. *Acta paul. enferm*, v. 25, n. 4, p. 595-600, 2012.



**MONTEIRO JÚNIOR, F. C.** Prevalência de fatores de risco coronarianos e alterações da perfusão miocárdica à cintilografia em pacientes diabéticos assintomáticos ambulatoriais. *Arq Bras Cardiol.* v. 89, n. 5, p. 306-311, 2007.

**OLMI, P. C. B. et al.** Prevalência da síndrome metabólica nos pacientes atendidos no ambulatório médico da UNESC. *Arquivos Catarinenses de Medicina.* v. 38, n. 2, p. 22-27, 2009.

**PICON, P. X. et al.** Medida da cintura e razão cintura/quadril e identificação de situações de risco cardiovascular: estudo multicêntrico em pacientes com diabetes melito tipo 2. *Arq Bras Endocrinol Metab.* v. 51, n. 3, p. 343-49, 2007.

**PINTO, L. C.** Controle inadequado da pressão arterial em pacientes com diabetes melito tipo 2. *Arq Bras Cardiol.* v. 94, n. 5, p. 651-655, 2010.

**SANTOS, P. A.; PINHO, C. P. S.** Diabetes mellitus em pacientes coronariopatas: prevalência e fatores de risco cardiovascular associado. *Rev Bras Clin Med. São Paulo,* v. 10, n. 6, p. 469-475, nov-dez, 2012.

**SILVA, R. C. P.; SIMÕES, M. J. S.; LEITE, A. A.** Fatores de risco para doenças cardiovasculares em idosos com diabetes mellitus tipo 2. *Rev. ciênc. farm. básica apl,* v. 28, n. 1, p. 113-21, 2007.

**SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD).** Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 3. ed. Itapevi – SP: A. Araújo Silva Farmacêutica, 2009.

**VANCEA, D. M. M. et al.** Efeito da frequência do exercício físico no controle glicêmico e composição corporal de diabéticos tipo2. *Arq Bras Cardiol.* v. 92, n. 1, p. 23-30, 2009.

**VASQUES, A. C. J. et al.** Influência do Excesso de Peso Corporal e da Adiposidade Central na Glicemia e no Perfil Lipídico de Pacientes Portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2. *Arq Bras Endocrinol Metab,* v. 51, n. 9, p. 1516-21, 2007.

## **Agradecimentos**

Agradecemos a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Piauí – FAPEPI pelo financiamento do projeto através do Programa Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (PPSUS).



## IMPLANTAÇÃO DE HORTA DE PLANTAS MEDICINAIS NOS CENTROS DE CONVIVÊNCIA COMO PROMOÇÃO DE SAÚDE DO IDOSO

Autor 1 - Elizama Leal de Melo Lima – Universidade Federal de Campina Grande – e.lizama.melo@hotmail.com.

Autor 2 – Ariadne Messalina Batista Meira - Universidade Federal de Campina Grande.

Autor 3 – Arthur Bento de Meneses - Universidade Federal de Campina Grande.

Autor 4 – Fagner Arruda de Lima - Universidade Federal de Campina Grande.

Autor 5 – Mayrla de Souza Coutinho - Universidade Federal de Campina Grande.

Autor 6 (Orientadora) – Cristina Ruan Ferreira de Araújo - Universidade Federal de Campina Grande.

*Palavras-chave: Saúde do idoso. Plantas medicinais. Fitoterapia.*

### Resumo

Com o envelhecimento da população despertou-se o interesse por criar estratégias que promovam a saúde e o bem-estar do idoso, sendo o centro de convivência uma dessas estratégias, em que se desenvolve diversas atividades. O presente trabalho tem como objetivo refletir sobre as possibilidades de atividades realizadas nos centros de convivência do idoso, apresentando como proposta o desenvolvimento de uma horta de plantas medicinais como potencializadora de habilidades e promotora da saúde do idoso. Desde o início da humanidade, as pessoas fazem uso das plantas para curar dores e enfermidades. As antigas civilizações já conheciam o poder medicinal das plantas e as cultivavam, repassando os saberes para as gerações subsequentes. Os resultados mostraram que não existem trabalhos associando horta de plantas medicinais a centros de convivência do idoso, ao passo que tem-se a comprovação da eficácia terapêutica do uso das plantas. Desta forma, a implantação de hortas no centro de convivência poderia ser uma grande aliada na promoção de saúde, desenvolvimento de habilidades motoras, bem-estar e a produtividade dos idosos participantes.

### Introdução

Ao longo de toda a história, o perfil demográfico das populações passaram por transições. No Brasil atualmente, a condição de vida melhorou, o sistema público de saúde ainda que problemático tem seus avanços, e com isso a expectativa de vida aumentou gradativamente, tendo por consequência o envelhecimento populacional, concentrando um grande número de pessoas idosas. Estima-se que nos próximos cinco anos a população com setenta e cinco anos ou mais chegará a mais de dezesseis milhões de brasileiros. Em consequência desse crescimento, surgiu uma consciência da velhice e uma preocupação de ordem social de promover qualidade de vida para esses idosos, visto que são acometidos a muitas perdas naturais do tempo, dentre elas a perda funcional de capacidades de desenvolver atividades simples do dia-a-dia, assim como perdas cognitivas e subjetivas que trazem consequências para a vida diária (MENESES, et al 2013).

O envelhecer é um processo natural inerente à existência, que carrega consigo um universo de possibilidades, suas dimensões tanto objetivas quanto subjetivas foram e continuam sendo construídas culturalmente e historicamente. Compreender o processo de envelhecimento implica ter a sensibilidade de aceitar as limitações e a vulnerabilidade. Os profissionais da saúde que cuidam de idosos seja em uma instituição hospitalar, um centro de convivência do idoso, ou qualquer outro local precisam estar preparados para esse dia-a-dia de forma a desenvolver um cuidado humanizado (SILVA, et al 2006).

Muito tem sido discutido sobre a criação de redes de atenção ao idoso e segundo Pessoa et al. (2010), a estruturação dessas redes de atenção a pessoa idosa é algo da ordem do urgente, que possa abarcar desde os cuidados básicos e primários aos mais avançados, incluindo cuidados com moradia, facilidade no acesso ao sistema público de saúde de modo a proporcionar a prevenção de doenças, o diagnóstico precoce e acesso rápido ao tratamento.

Dentre as estratégias da rede pública para atender a população idosa estão os centros de convivência, que segundo Andrade et al. (2014) são espaços idealizados para prevenir o isolamento social, desenvolvendo atividades que estimulem e preservem o bem-estar físico e emocional da população idosa, a fim de valorizar a convivência, as relações com a família e com a comunidade. A portaria 73 de 2001 do Ministério da Saúde presume que esse atendimento consista em fortalecer as atividades e contribuir para a autonomia e um envelhecimento ativo.

Com a mudança na estrutura familiar há uma tendência de todos os membros da família de trabalhar fora de casa, e muitas vezes os idosos passam o dia inteiro sozinhos, sem nenhum tipo de cuidado, alguns de fato, abandonados. Diante desta realidade, o centro de convivência se torna um grande aliado para um envelhecimento ativo, longe da solidão (NAVARRO e MARCON, 2006).

A terapia ocupacional é um tipo de atividade recorrente nesses centros, e acontecem de diversas formas. Grande parte dessas terapias como nos diz Andrade et al. (2014) tem o papel de promover a cidadania, o lazer, participação social, desenvolver habilidades dos indivíduos, etc.

O presente trabalho tem como objetivo refletir sobre as possibilidades de atividades realizadas nos centros de convivência do idoso, apresentando como proposta o desenvolvimento de uma horta de plantas medicinais como potencializadora de habilidades e promotora da saúde do idoso.

### Metodologia

Realizou-se uma revisão da literatura nas principais bases de dados, a saber: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PEPSIC), e o Portal da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) e IndexPsi. Utilizou-se como descritores os termos envelhecimento, centro de convivência, humanização do cuidado e horta de plantas medicinais. Tais descritores foram pesquisados separadamente, pois juntos não obtiveram resultados. Foram aplicados os seguintes critérios de refinamento: exclusão de textos coincidentes, que não disponibilizassem o conteúdo completo e que não fizessem referência direta ao tema. Ao fim do refinamento foram selecionados sete publicações que tratavam diretamente do objetivo do presente trabalho. O tratamento dos dados foi realizado por meio da análise qualitativa dos artigos selecionados, lidos na íntegra sistematizando, confrontando-os de modo a extrair as convergências, divergências e novas perspectivas acerca do tema abordado (GIL, 2008).

## Resultados e Discussão

De acordo com Maciel et al. (2002), a tradição de utilizar plantas para cura de doenças é um conhecimento transmitido através de várias gerações desde os primórdios da humanidade e é muitas vezes a única forma terapêutica viável para determinadas populações. Chaves et al. (2008), afirmam que ao longo dos séculos foi se evidenciando a eficácia das plantas, não só relacionadas à alimentação, como também no que concerne a cura de ferimentos e dores em geral. Como a utilização é quase sempre ensinada pelas gerações mais antigas, os idosos tem sempre um grande saber sobre as plantas, sobre a forma de utilizar e sobre sua finalidade, ou seja, desde a infância se tem acesso a essa tradição através de familiares. Essas plantas são na maioria das vezes de fácil acesso, disponível para compra em feiras livres, nos quintais das residências e em mercados populares. Com essa facilidade no acesso e com os conhecimentos transmitidos por várias gerações, muitos idosos acabam praticando a polifarmácia, fazendo uso de medicamentos ao mesmo tempo de chás, podendo assim agravar seus problemas de saúde. Com a implantação de uma horta no centro de convivência, essas plantas poderiam ser utilizadas da maneira mais positiva possível com o acompanhamento da equipe de saúde, e seriam cultivadas e cuidadas pelos próprios idosos de acordo com suas possibilidade e limitações. Além desses benefícios, a dependência dos medicamentos farmacológicos poderia diminuir com essa terapia alternativa, substituindo alguns tipos de medicamentos por plantas medicinais ou fitoterápicos, com a indicação de um médico.

Na atualidade muito tem se falado e discutido sobre a criação de estratégias para melhorar o dia-a-dia do idoso, no entanto, muito pouco é feito na prática. Infelizmente a velhice é muitas vezes relacionada à solidão, improdutividade e o abandono. Na velhice, muitos indivíduos não podem mais trabalhar, não podem cuidar de si mesmos, muito menos acompanhar o ritmo acelerado da família. Isso desemboca em uma postura de desânimo e tristeza em relação a vida. O centro de convivência do idoso é um instrumento de grande importância na medida em que insere o idoso em um convívio social mais amplo, onde as limitações são compartilhadas, respeitadas e trabalhadas em conjunto com toda uma equipe e o adoecimento físico e psíquico é minimizado (MENESES, 2013).

Segundo Navarro e Marcon (2006), o convívio familiar é essencial para o bem-estar no envelhecimento, no entanto, o período que o idoso passa no centro de convivência é capaz de retomar uma independência mesmo que pequena, através das atividades que estimulam cognitivamente, promovem interações sociais, e auxiliam no desenvolvimento de atividades básicas e instrumentais da vida. Vale ressaltar também a importância de uma integração da família em alguma das atividades desenvolvidas, para que houvesse uma multidisciplinaridade, no sentido de sensibilizá-los, o idoso sentir-se-ia mais acolhido e mais importante no contexto social e familiar.

Não existem muitas iniciativas por parte dos órgãos públicos, como também de algumas famílias com o objetivo de implantar atividades diferentes e inovadoras no cotidiano do idoso. A presente revisão não localizou nenhum estudo que relatasse ou alertasse para a importância de atividades capazes de associar o saber popular, o saber científico, a prática cotidiana social e institucional, saúde, bem-estar e produtividade, como exemplo, uma horta de plantas medicinais. Desta forma, é importante que desde a formação dos profissionais da área social e da saúde se tenha uma visão crítica e perspectivas inovadoras na promoção de saúde da população idosa.

Uma atividade inovadora que poderia se configurar como uma terapia e desenvolver diversas habilidades seria o cultivo de uma horta medicinal. Capaz de desenvolver, dentre outras coisas, os sentidos, o tato através do contato com as plantas, a visão com as diversas formas e as diversas cores das plantas, o olfato sentindo o aroma e o paladar através da ingestão de chás que podem ser preparados através das próprias plantas cultivadas. Outro grande ponto positivo da horta medicinal é que essas plantas podem ser usadas como uma terapia alternativa, desta forma, além de desenvolver habilidades e sentir-se útil, o idoso ainda teria benefícios para sua saúde, utilizando o potencial terapêutico das plantas, com o acompanhamento e indicação de um profissional da saúde.

## Conclusão

A implantação da horta de plantas medicinais é capaz de trazer diversos benefícios para a saúde do idoso, é de fácil criação e manutenção, e tem um baixo custo. Além disso, poderia fortalecer o saber popular a cerca das plantas medicinais que com a globalização e a excessiva medicalização vem se perdendo ao longo do tempo. É preciso então o incentivo do governo para que essas ações se concretizem, assim como a disponibilidade e o desejo por parte dos profissionais dos centros de convivência do idoso de melhorar o serviço oferecido a cada dia.

## Referências

- ANDRADEA, N. B. et al. Centro de convivência de idosos: uma abordagem de estimulação cognitiva e psicossocial. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 22, n. 1, p. 121-128, 2014.
- CHAVES, Thiago Pereira, et al. Lambedor: um conhecimento popular em abordagem Científica. **BioFar**, v. 2, n. 1, 2008.
- GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 2008.
- MACIEL, Maria Aparecida; PINTO, Angêlo; VEIGA JUNIOR, Valdir. Plantas medicinais: a necessidade de estudos multidisciplinares. **Química Nova**, v. 25, n. 3, 2002.
- MENESES, D. L. P. et al. A dupla face da velhice: o olhar de idosos sobre o processo de envelhecimento. **Rev. Enfermagem em Foco**, v. 4, n. 1, p.15-18, 2013.
- NAVARRO, F. M; MARCON, S. S. Convivência familiar e independência para atividades de vida diária entre idosos de um centro dia. **Cogitare Enferm**, v. 11 n. 3, p. 211-7, set/dez 2006.
- PESSÔA, L. R. et al. Desafios na organização de redes de atenção aos idosos em duas regiões do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.7. Julho, 2010.
- SILVA, E. V. et al. Percepção de idosos de um centro de convivência sobre envelhecimento. **REME – Rev. Min. Enf**, v.10, n. 1, p. 46-53, jan./mar., 2006.

## Agradecimentos

Agradeço ao PET-FITOTERAPIA por todo o aprendizado que me proporciona no cotidiano acadêmico.



## ILETRAMENTO EM SAÚDE BUCAL E PARTICIPAÇÃO NO CUIDADO EM SAÚDE BUCAL DE BRASILEIROS RESIDENTES EM TORONTO, CANADÁ.

Autor 1 (Paola Calvasina) – Universidade de Toronto, paola.calvasina@mail.utoronto.ca

Autor 2 – Herenia P. Lawrence- Universidade de Toronto, herenia.lawrence@utoronto.ca

*Palavras-chave: Inserir até cinco palavras-chave, separadas por ponto.*

### Resumo

Este estudo tem como objetivo explorar a associação entre letramento em saúde bucal e participação no cuidado em saúde bucal de imigrantes brasileiros em Toronto, Canada. Um estudo transversal com uma amostra de conveniência de 101 imigrantes brasileiros foi realizado entre 2008 e 2010. Dados foram analisados usando estatística descritiva e modelo de análise logístico. A maioria dos participantes deste estudo tinham adequado letramento em saúde bucal (83.1%). Letramento em saúde bucal inadequado foi associado com a não visita ao dentista no ano anterior (OR=3.61;  $p = 0.04$ ), com a não participação do dentista como primeira fonte de informação em saúde bucal (OR=5.55;  $p < 0.01$ ), e com a não participação em decisões de tratamento compartilhadas (OR=1.06;  $p = 0.05$ ). Inadequado letramento em saúde bucal está correlacionado com menor participação no processo de cuidado em saúde bucal e com o menor uso dos serviços odontológicos por parte da amostra de imigrantes brasileiros. Faz-se necessário uma maior transferência de informações, conhecimentos para os imigrantes brasileiros sobre como navegar no sistema de saúde bucal Canadense.

### Introdução

O Letramento em Saúde (LS) é um importante determinante social em saúde e um componente chave para melhor compreender comportamentos relacionados à saúde (1). Um inadequado letramento em saúde bucal tem sido associado com: 1) dificuldades de acesso e compreensão de informações em saúde (2); 2) pouco interesse em participar da tomada de decisão dos cuidados em saúde (3-4); 3) dificuldade de cumprir instruções de medicação pré-operatória (5); e 4) maior uso de serviços de emergência (6).

As fortes associações estabelecidas entre LS e alguns comportamentos relacionados à saúde tem levado a um maior interesse na aplicação desse conceito na saúde bucal. O Letramento em Saúde Bucal (LSB) é descrito como o grau de capacidade que indivíduos tem para obter, processar e compreender informações básicas sobre saúde bucal e sobre os serviços de saúde para que possam tomar decisões apropriadas em saúde (7). Este conceito inclui competências cognitivas e sociais necessárias para acessar, compreender, avaliar e melhorar a saúde bucal em uma variedade de configurações de todo o curso da vida.

Os imigrantes, quando comparados a populações não imigrantes, têm: 1) piores quadros de saúde (8); 2) menor LSB (9). Este é o primeiro estudo correlacionando LSB com a participação nos cuidados em saúde bucal entre imigrantes brasileiros. Este estudo exploratório basea-se no modelo conceitual de Ishikawa & Yano (1). Estudos de comunicação em saúde tem identificado que comportamentos em saúde tais como o uso dos serviços de saúde, busca de informação, e participação na tomada de decisões podem ser usados como indicadores de participação ativa de indivíduos no cuidado em saúde (1, 10-11). Portanto, no presente estudo, utilizamos os seguintes indicadores para examinar a participação no cuidado em saúde bucal: utilização dos serviços odontológicos (período da última consulta odontológica), 2) busca de informação em saúde bucal (ter o dentista como fonte primária de informação em saúde bucal), e 3) participação na tomada de decisão (participação ativa na tomada de decisão em saúde bucal). Este estudo tem como hipótese que um inadequado letramento funcional em saúde bucal está associado com uma menor participação no processo de cuidado em saúde bucal.

### Metodologia

Foi realizado um estudo transversal com 101 imigrantes brasileiros residentes em Toronto, Ontario no período de abril a junho de 2010. Com base no estudo de Sabbahi et al (2009) (12), calculou-se uma amostra de aproximadamente 100 participantes para obter-se uma precisão de um quinto de desvio padrão, com base em um intervalo de confiança de 95%. Os participantes do estudo foram selecionados com base nos seguintes critérios: 1) ter nascido no Brasil, 2) ter 18 anos ou mais, 3) ter o português como primeiro idioma, 4) residir no Canadá por mais de um ano e menos de cinco anos, e 5) ter disponibilidade de participar do estudo.

A amostra de conveniência foi adotada devido a inexistência de uma amostra de referência populacional de imigrantes brasileiros residentes no Canadá. Usando dados de 2006 do Censo Canadense, identificou-se que os imigrantes brasileiros são menos de 1% (0,12%) da população região metropolitana de Toronto, além de serem geograficamente dispersos. Os participantes foram recrutados inicialmente por meio de divulgação nos centros comunitários que assistem imigrantes brasileiros em Toronto. Usando a técnica de bola de neve (13), solicitamos aos primeiros participantes do estudo a indicação de outros potenciais participantes. Este estudo passou por aprovação no comitê de ética em pesquisa da Universidade de Toronto.

Os elegíveis participantes deste estudo completaram um questionário auto-administrado de uma hora de duração. Todos os instrumentos e itens do questionário foram traduzidos do Inglês para o Português. Atenção foi dada à adaptação transcultural dos instrumentos (14). Dados foram coletados usando oito domínios: características socio-demográficas, comportamentos relacionados a saúde bucal, auto-avaliação em saúde bucal, LSB, conhecimento em saúde bucal, auto-eficácia em saúde bucal, LS, e qualidade de vida em saúde bucal. O LSB foi medido usando o Oral Health Literacy Instrument (OHLI) (12), que foi devidamente traduzido e culturalmente validado para o português. As variáveis dependentes incluíram os seguintes indicadores de participação em saúde bucal: 1) uso de serviços odontológicos, 2) busca de informação em saúde bucal, e 3) participação na decisão do tratamento dentário.

A utilização de serviço odontológico foi analisado por meio da seguinte pergunta: “Quando de deu sua última consulta odontológica?” (<1 ano atrás vs. >1 ano atrás). A busca de informação em saúde bucal foi medida por meio da seguinte pergunta: “Onde você busca informações em saúde bucal com mais frequência?” (com o meu dentista vs. outros lugares). A participação na decisão do tratamento



dentário foi analisado baseado nas respostas das seguintes pergunta: “Você gostaria de ser envolvida nas decisões sobre seu tratamento dentário?” (eu não participo das decisões do meu tratamento dentário vs. eu participo das decisões do meu tratamento dentário).

A entrada dos dados e análise estatísticas foram realizadas usando o programa SPSS versão 19. Distribuição de frequência foram tabuladas para dados socio-econômicos, demográficos, de acesso e participação em saúde bucal. O modelo de regressão logística foi usado para estimar o teste de associação entre um LSB inadequado e os três indicadores de participação em saúde bucal. Foi adotado o nível de significância estatística de 5% para análise dos dados.

## Resultados e Discussão

A idade dos participantes variou 18 e 57 anos (média 34.5, desvio padrão  $\pm 9$ ). A maioria dos imigrantes brasileiros possuíam um nível educacional elevado (82.2%) e um nível adequado de letramento em saúde bucal (83.1%). No entanto, 47.5% (n=48) reportaram uma renda familiar anual baixa, inferior a 30,000 dólares canadenses.

O modelo de regressão logística identificou duas correlações significativas com o uso do serviço odontológico. Uma renda familiar baixa e um nível inadequado de LSB foi significativamente correlacionado com: ter consultado o dentista há mais de um ano e com a não utilização do dentista como primeira fonte de informação em saúde bucal. No último modelo logístico um nível adequado de LSB foi associado com a participação ativa dos respondents no processo de decisão de tratamento odontológico.

Nossos resultados suportam a hipótese levantada neste estudo, de que o LSB está correlacionado com indicadores de participação no processo de cuidado em saúde bucal. Ou seja, este estudo comprovou que um nível inadequado de LSB está associado com baixa utilização dos serviços odontológicos, com a obtenção de informações em saúde por outros meios que não o dentista, e por uma baixa participação no processo de tomada de decisão no tratamento odontológico. O LSB tem um papel importante na participação no cuidado em saúde bucal. Nossos resultados sugerem a importância da aplicação do nosso modelo para desenvolver atividades educativas de intervenção na comunidade e nos ambientes clínicos. Por exemplo, um elevado nível de LSB pode ajudar indivíduos a entender melhor seus problemas, buscar informações em saúde bucal, e tomar decisões informadas sobre seu tratamento odontológico, resultando numa melhor aderência e manejo de sua saúde bucal.

Este estudo identificou algumas barreiras para a participação do imigrante no processo de cuidado em saúde bucal. Por exemplo, entre os participantes que obtiveram atendimento odontológico no Canadá, 93.1% queriam ser informados das opções referentes ao seu tratamento, mas apenas 20.8% reportaram ativa participação na tomada de decisão sobre o seu tratamento odontológico.

Um nível de renda familiar baixo também foi correlacionado com barreiras para utilização dos serviços odontológicos. Participantes com uma renda anual familiar inferior a 30,000 dólares Canadenses menos chances de não ter recebido uma consulta odontológica no ano anterior. Isto pode ser explicado porque o acesso ao serviço de saúde para a população adulta no Canadá é predominantemente privado. Desta forma, indivíduos com boas condições financeiras, e que possuem seguro odontológico particular têm maiores facilidades de acessar os serviços odontológicos neste país. No entanto, esta situação não caracteriza a maioria dos imigrantes daquele país, principalmente os recém-chegados.

Alguns aspectos metodológicos deste estudo merecem registro. Primeiro, a nossa estratégia de amostragem resultou numa amostra de conveniência, o que restringe nossa capacidade de generalização dos resultados. Segundo, nosso estudo é de caráter transversal o que previne o direto estabelecimento de causa-efeito. Análises longitudinais são necessárias para determinar o direcionamento da causalidade, por exemplo, se um inadequado LSB causa um baixo uso dos serviços odontológicos ou um baixo uso dos serviços odontológicos causa um LSB inadequado.

## Conclusão

Este estudo ressalta algumas implicações em termos de políticas públicas. Nossos resultados apontam que tanto fatores financeiros como não financeiros estão associados com baixa participação no cuidado em saúde bucal de imigrantes brasileiros em Toronto. Os imigrantes brasileiros no Canadá encontram vários desafios para acessar e navegar no sistema de saúde bucal Canadense. Tais desafios estão principalmente correlacionados com baixa renda familiar, e falta de conhecimento de como navegar no sistema de saúde bucal Canadense. Esta problemática pode ser resolvida através de políticas que efetivamente integrem o imigrante brasileiro no mercado de trabalho., além da criação de programas educativos que informem imigrantes recém chegados no Canadá como navegar melhor no complexo sistema de serviços de saúde bucal canadense.

## Referências

1. Ishikawa, H.; Yano, E. Patient health literacy and participation in the health-care process. *Health Expect*, v. 11, p.113-122, 2008.
2. Schillinger, D. et al. Functional health literacy and the quality of physician-patient communication among diabetes patients. *Patient Educ Couns*, v. 52, p.315-323, 2004
3. Mancuso, C.A.; Rincon, M. Asthma patients' assessments of health care and medical decision-making: the role of health literacy. *J Asthma*, v.43, p.41-44, 2006.
4. Barragan, M. et al. Low health literacy is associated with HIV test acceptance. *J Gen Intern Med*, v. 20, p.422-425, 2005.
5. Chew, L.D. et al. The impact of low health literacy on surgical practice. *Am J Surg*, v.188, p. 250-253, 2004.

6. Baker, D.W. et al. Health literacy and use of outpatient physician services by Medicare managed care enrollees. J Gen Intern Med. v.19, p.215-220, 2004.
7. US. Department of Health and Human Services: Oral health. In Healthy People 2010: Understanding and improving Health Washington, DC: US. Government Printing Office, 2000.
8. Kutner, M. et al. The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. NCES 2006-483. 2006.
9. Atchison, K.A. et al. Screening for oral health literacy in an urban dental clinic. J Public Health Dent. v.70, p.269-275, 2010.
7. Lee, J.Y. et al. Development of a word recognition instrument to test health literacy in dentistry: the REALD-30. J Public Health Dent v.67, p.94-8, 2007.
8. Richman J.A.; et al. Evaluation of a word recognition instrument to test health literacy in dentistry: the REALD-99. J Public Health Dent v.67, p.99-104, 2007.
9. Gong D.A.; et al. Development and testing of the Test of Functional Health Literacy in Dentistry (TOFHLID). J Public Health Dent v.67, p.105-12, 2007
10. Cegala D.J. Patient communication skills training: a review with implications for cancer patients. Patient Education and Counseling v.50, p. 91-94, 2003.
11. Arora, N.K.; Ayanian, J.Z.; Guadagnoli, E. Examining the relationship of patients attitudes and beliefs with their self-reported level of participation in medical decision-making. Medical Care v.43, p. 865-872, 2005.
12. Sabbahi, D. et al. Development and evaluation of an oral health literacy instrument for adults. Community Dent Oral Epidemiol v. 37, p. 451-62, 2009.
13. Salganik, M.J.; Heckathorn, D.D. Sampling and Estimation in Hidden Populations Using Respondent-Driven Sampling. Sociol Methodol. v. 34, p. 193-240, 2004.
14. Beaton D.E. et al., Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. Spine. v. 25, p.3186-3191,2000.

## **Agradecimentos**

Agradecemos aos recursos fornecidos pelo instituto de pesquisa odontológica (DRI) da Faculdade de Odontologia da Universidade de Toronto, que nos possibilitou realizar esta pesquisa, a universidade de Toronto que patrocinou minha bolsa de estudo durante o programa de mestrado/doutorado naquela instituição.