

SARAMPO: O PERFIL DE UM SURTO

Bruna Bárbara Fernandes Moura- Universidade de Fortaleza- brunafernandes@edu.unifor.br

Elitaianne Keite Moreira de Sousa- Universidade de Fortaleza

Daniele Ribeiro Magalhães Camelo- Secretaria de Saúde de Fortaleza

José Antônio Pereira Barreto- Secretaria de Saúde de Fortaleza

Adriano Rodrigues de Souza- Universidade de Fortaleza

Palavras-chave: Sarampo. Perfil. Epidemiologia

Resumo

Em Fortaleza, desde 1999 não se registrava casos de sarampo. Em nove de janeiro de 2014, notificou-se o primeiro caso de sarampo correspondente ao atual surto. Objetivamos com isso, descrever o perfil epidemiológico dos casos notificados de sarampo em Fortaleza em 2014. Trata-se de um estudo transversal que investigou 258 casos notificados de sarampo, entre 1º de janeiro e 30 de maio de 2014. Tivemos como fonte de dados a planilha de acompanhamento dos casos. A coleta dos dados ocorreu entre 10 a 15 de junho de 2014. As variáveis utilizadas foram às relacionadas à pessoa e a notificação. Os dados foram analisados utilizando o Excel, sendo apresentado em relação à sua distribuição absoluta e relativa. Concluímos que ações de educação em saúde, junto à população, da importância da prevenção, e o dever de cada cidadão de informar ao serviço de saúde mais próximo de sua casa a existência de um caso suspeito, contribui para redução da incidência da doença.

Introdução

O sarampo é uma doença infecciosa aguda, de natureza viral, grave, transmissível e extremamente contagiosa. O vírus pertence ao gênero *Morbillivirus*, família *Paramyxoviridae*, o reservatório e fonte de infecção é o homem, único hospedeiro natural conhecido. É transmitido diretamente de pessoa a pessoa, através das secreções nasofaríngeas expelidas ao tossir, espirrar, falar ou respirar. Essa forma de transmissão é responsável pela elevada contagiosidade da doença. Caracteriza-se por febre alta, acima de 38°C, exantema maculopapular generalizado, tosse, coriza, conjuntivite e manchas de Koplik. Não existe tratamento específico para a infecção por sarampo, mas é recomendável a administração da vitamina A em crianças acometidas pela doença, a fim de reduzir a ocorrência de casos graves e fatais. A vacina é a única forma de prevenir a ocorrência do sarampo. O risco da doença para indivíduos susceptíveis permanece, em função da circulação do vírus do sarampo em várias regiões do mundo e de sua facilidade de propagação. É necessário, portanto, manter um alto nível de imunidade na população, por meio de coberturas vacinais elevadas (BRASIL, 2005). É uma doença de distribuição universal que apresenta variação sazonal. O sarampo afeta igualmente ambos os sexos e sua incidência, evolução clínica e letalidade são influenciadas pelas condições socioeconômicas e estado nutricional e imunitário do doente. Atualmente, nos países que conseguem manter altos níveis de cobertura vacinal, a incidência da doença é reduzida, ocorrendo em períodos de cinco a sete anos. No entanto, quando os susceptíveis vão se acumulando e chegam a um quantitativo suficiente para sustentar uma transmissão ampla, podem ocorrer surtos explosivos que também afetam escolares, adolescentes e adultos jovens. No Brasil, o sarampo é uma doença de notificação compulsória desde 1968, sendo assim, obrigatória e imediata. Até 1991, o país enfrentou nove epidemias, uma a cada dois anos, em média. O maior número de casos notificados foi registrado em 1986 representando um coeficiente de incidência de 97,7 por 100 mil habitantes. (BRASIL, 2005). Estima-se que a transmissão endêmica do sarampo no Brasil tenha sido interrompida em 2000, decorrente da intensificação das ações de vigilância e da cobertura vacinal elevada contra a doença (FERNANDES, OLIVEIRA, FRED et al, 2013). Em Fortaleza, desde 1999 não se registrava casos de sarampo. Em nove de janeiro de 2014, notificou-se o primeiro caso de sarampo correspondente ao atual surto. Deste caso índice foram notificados 258 novos casos de sarampo no município. Com este novo surto passamos nos questionar: quem foi acometido por sarampo em Fortaleza? Qual a faixa etária mais acometida? Que sintomas apresentaram? Respondendo estes questionamentos objetivamos descrever o perfil epidemiológico dos casos notificados de sarampo em Fortaleza em 2014.

Metodologia

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Trata-se de um estudo transversal. Dentre os diversos tipos de estudos epidemiológicos, optamos por este estudo, que produz uma descrição “instantânea” da situação de saúde de uma população ou comunidade e são de grande utilidade no diagnóstico comunitário da situação local de saúde que investigou 258 casos notificados de sarampo, entre 1º de janeiro a 30 de maio de 2014. O estudo foi realizado no município de Fortaleza composto por 2 milhões e 400 mil habitantes. É a quinta capital do país em termos de população. Os números revelam o tamanho da responsabilidade que representa gerir uma cidade como Fortaleza e demonstra o grande interesse de brasileiros e estrangeiros que escolhem o bom clima de nossa cidade e a companhia da nossa gente na hora de definir suas moradias. O município é dividido em regionais, como: A Regional I abrange 15 bairros localizados no extremo oeste da cidade, onde moram cerca de 360 mil habitantes, e foi nesta área que nasceu a nossa Capital; A Regional II é formada por 20 bairros, onde moram 325.058 pessoas, tem como grande objetivo reduzir os desníveis sociais entre seus bairros; A Regional III presta serviços municipais, identificando e articulando o atendimento às necessidades e demandas da população e promovendo o desenvolvimento urbano, ambiental e social. Tem como objetivo proporcionar condições de melhoria de vida aos 378.000 habitantes que estão distribuídos em seus 17 bairros; A Regional IV abrange 19 bairros e seu perfil socioeconômico é caracterizado por serviços, com uma das maiores e mais antigas feiras livres da cidade, a da Parangaba, além vários corredores comerciais; A Regional V tem como meta garantir a melhoria da qualidade de vida dos 570 mil habitantes dos 18 bairros de abrangência e a Regional VI têm uma população estimada em 600 mil habitantes, a Secretaria Executiva Regional (SER) VI atende diretamente aos moradores de 29 bairros, correspondentes a 42% do território de Fortaleza, e desde de 2005 conta com duas áreas de preservação (FORTALEZA, 2014). A coleta de dados foi realizada na Célula de Vigilância Epidemiológica (CEVEPI) no período de 10 a 15 de junho de 2014. As variáveis utilizadas foram às relacionadas à pessoa e a notificação. Tivemos como fonte de dados a planilha de acompanhamento dos casos elaborada pela Célula de Vigilância Epidemiológica (CEVEPI), de Fortaleza. Os dados foram analisados utilizando o Excel, sendo apresentado em relação à sua distribuição absoluta e relativa.

Resultados e Discussão

Dos 258 casos notificados de sarampo, 59,3% (70), ocorreram no sexo feminino. A faixa etária de maior incidência foi a de 6 meses a menores de 1 ano com 38,1% (45) dos casos, seguida pelas de 1 a 4 anos e 20 a 29 anos que registraram 16,9% (20) e 14,4%(108), respectivamente. Segundo o Ministério da Saúde (2014), grande parte da população nascida no final da década de 1980 foi vacinada, mas quem tem mais de 20 anos pode não ter recebido pelo menos uma dose da vacina e assim, pode estar sujeito à infecção. Como Fortaleza é uma capital que atrai turistas estrangeiros, torna-se necessário vacinar funcionários de aeroporto, hotéis, agentes turísticos, profissionais do sexo e viajantes. A literatura testifica que aproximadamente 80% dos casos de sarampo no período de 1996-2000 ocorreram entre escolares e jovens adultos (FAVERSANI; KUPEK; WESTRUPP, 2005). De acordo com o Ministério da Saúde (2005), por ser uma patologia de elevada contagiosidade, sua transmissibilidade se torna facilitada devido à dispersão de gotículas com partículas virais no ar, principalmente, em ambientes fechados como escolas, creches e clínicas. Entre os casos estudados no surto em Fortaleza temos como principais sintomas a febre em 100% (118), tosse em 91,5% (108), e conjuntivite em 73,7% (87), são essas as manifestações clínicas que permitem seu diagnóstico. Quanto à distribuição por bairros as maiores incidências concentraram- se em 7 bairros, com 53% (63) dos casos, destes, 39% concentram-se na regional III. O sarampo é uma doença que acomete, principalmente comunidades e sua gravidade está correlacionada às condições socioeconômicas, estado nutricional e imunitário do doente, além disso, habitações com tamanho inadequado para o grupo familiar modulam o processo de transmissão da patologia em situações de circulação viral e grupos susceptíveis (BRASIL, 2014). Por esse contexto, o bloqueio vacinal é uma ação indispensável, além de prioritária no controle dos surtos da doença. Atividade desenvolvida em 89 %(105) dos casos notificados em Fortaleza. Outro procedimento que requer controle é o diagnóstico dos casos, em Fortaleza, 89% (105), foram diagnosticados através de sorologia positiva.

Conclusão

A maior incidência dos casos concentrou-se no sexo feminino, na faixa etária de menor de um ano, na secretaria regional II e VI e sem vacinação, por isso faz-se necessário um esforço adicional para que se elevem os índices de cobertura vacinal. Ressalta- se, também, a importância de ações de educação em saúde, orientando a população da importância da prevenção e o dever de cada cidadão de informar ao serviço de saúde mais próximo de sua casa a existência de um caso suspeito.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 6. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005.

Brasil, Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/424-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/sarampo/l1-sarampo/10780-viajantes-sarampo>>. Acessado em: 11 jun. de 2014.

Disponível em: <http://www.fortaleza.ce.gov.br/regionais/regional-VI>. Acessado em: 19 jun. de 2014.

FAVERSANI, M.C.S.S; KUPEK, E.; WESTRUPP, M.H.B. Perfil epidemiológico do sarampo no Estado de Santa Catarina, Brasil, de 1996 a 2000. **Cad. Saúde Pública**, vol.21, n.2, p. 535-544, 2005.

FERNANDES, E.G; OLIVEIRA, M.E.B; CARELLI, L.A et al. Surto de sarampo na região metropolitana de Campinas, SP. **Rev. Saúde Pública**, vol.47, n.6, p. 1213-1217, 2013.

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Adriano Rodrigues, que incessantemente me incentiva e contribui para o enriquecimento dos meus conhecimentos, minha gratidão de sempre. Às instituições FUNCAP e Universidade de Fortaleza, por oferecerem, através da pesquisa, o incentivo à vida acadêmica.

Autor 1 (apresentador) –Lúcia de Fátima Rocha Bezerra Maia, Universidade Federal do Ceará, luciarochamaia@yahoo.com.br

Autor 2 – Meire Sueli Batista Holanda Nogueira, Secretaria de Saúde de Maranguape

Autor 3 (Orientador)- Joana D’arc de Oliveira. Universidade Federal do Ceará.

Palavras-chave: Atendimento psicossocial. Satisfação do usuário.

Resumo

Os Centros de Atenção Psicossocial são serviços públicos para o tratamento de pessoas que necessitam de cuidados intensivos, por vivenciarem situações de sofrimento psíquico. Este trabalho objetiva avaliar a qualidade do atendimento do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS Geral), em Maranguape, Ceará, na perspectiva dos usuários e de seus familiares. A pesquisa caracteriza-se por ser um estudo de caso, utilizando-se a abordagem qualitativa e quantitativa para a análise dos dados. Os instrumentos aplicados foram um questionário para avaliar o nível de satisfação dos usuários com o atendimento e uma entrevista semiestruturada. Os resultados são discutidos sob a óptica da teoria sobre a política de saúde mental, a humanização da assistência e do cuidado e o processo de avaliação da qualidade do atendimento no campo da saúde mental. A pesquisa demonstra que os usuários e familiares expressam satisfação com o atendimento psicológico. O serviço de enfermagem contribui para a reabilitação dos usuários, pautando-se pela qualidade no atendimento. Os usuários manifestam satisfação com o atendimento do serviço social, revelando que os profissionais se empenham na garantia dos direitos. A pesquisa demonstra a satisfação dos usuários com o atendimento da terapia ocupacional, sobretudo no desenvolvimento de atividades da vida cotidiana. Os usuários destacam que há qualidade no atendimento, verbalizando sua satisfação com o acolhimento. Foram construídas categorias de análise para identificar as mudanças na dinâmica da família, resultado de sua participação nos grupos de orientação, destacando a ampliação da compreensão do processo saúde-doença e da relação entre pacientes e familiares.

Introdução

As políticas de saúde revestem-se de complexidade em sua trajetória e as propostas de reforma dessas políticas encontram avanços e recuos, em virtude das forças que se apresentam em cada conjuntura sociopolítica. Este trabalho objetiva avaliar a qualidade do atendimento do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS geral) em Maranguape, Ceará, na perspectiva dos usuários e de seus familiares. A Reforma Psiquiátrica vem se desenvolvendo no Brasil desde a década de 1970, lutando contra a exclusão do doente mental, praticadas ao longo da história. Entretanto, os autores assinalam que "a desinstitucionalização não se restringe à substituição do hospital por um aparato de cuidados externos, envolvendo prioritariamente questões de caráter técnico-administrativo-assistencial, como a aplicação de recursos na criação de serviços substitutivos".

Em 1978, identificou-se como o início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado pelos trabalhadores do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, associações de profissionais e pessoas com histórico de internações psiquiátricas, surge neste ano. Esse Movimento passa a protagonizar e a construir coletivamente uma crítica ao saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico da assistência às pessoas com transtornos mentais. O CAPS surgiu como método alternativo de tratamento para os indivíduos que sofrem de transtornos mentais. Seu foco é o resgate da cidadania do indivíduo, a promoção de sua qualidade de vida e sua inserção social, fomentando mudança que deve englobar a relação estabelecida entre usuário, equipe e família, e entre estes e a comunidade (SOARES; TONAZIO, 2004). No Estado do Ceará, a Reforma Psiquiátrica iniciou-se em 1990 com a implantação dos CAPS.

O CAPS constitui-se em um espaço do cuidado e de construção coletiva de projetos de vida e de sujeitos sociais singulares. O cuidado como técnica de vida, trata-se de um processo de produção de subjetividades entre os profissionais e usuários dos serviços de saúde, entendida como a maneira singular de sentir e estar no mundo. Para considerar a atenção a saúde com qualidade, devem-se identificar seus pressupostos, englobando a concepção de sujeito, visão de mundo, valores e crenças subjacentes; sua intencionalidade prática e política- produzir cidadania ativa e sociabilidade (DIMENSTEIN, 2004).

Conforme preconiza Sawaia (1997, p. 80), "a avaliação da prática não se restringe à eficácia da ação, mas à virtude da prática", e o que qualifica a competência/qualidade de uma ação é a sua capacidade de diálogo, de produção de novas subjetividades. A atitude ética e política se manifesta no uso de recursos técnicos e teóricos contextualizados, de acordo com as necessidades da clientela, quanto nos modos de relacionar-se com a equipe de saúde e usuários, de forma democrática, e implica uma mobilização dos espaços coletivos pela melhoria da qualidade de vida dos cidadãos.

No campo da saúde mental, o acolhimento constitui em tecnologia para a reorganização dos serviços, com vistas à garantia de acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento. O acolhimento propõe que o serviço de saúde seja organizado de forma centrada

no usuário, abrangendo os princípios: atender as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; reorganizar o processo de trabalho na perspectiva de equipe multiprofissional- equipe de acolhimento, que realiza a escuta do usuário; e qualificar a relação trabalhador-usuário por meio de práticas norteadas pela solidariedade e cidadania (FRANCO;BUENO; MERHY,1999).

Para Moura (1999, p.68), "qualidade é definida como sendo a conformidade entre o que se produz com aquilo que o cliente quer, de modo que suas expectativas sejam superadas e sua satisfação alcançada". Schmidt e Figueiredo (2009) abordaram os eixos do campo da avaliação que podem ser aplicados na análise e na organização do cotidiano da clínica na atenção psicossocial. As autoras propuseram três eixos – acesso, acolhimento e acompanhamento – como norteadores do trabalho, destacando que são elementos para a análise da assistência e para a qualificação permanente dos serviços. Esses eixos estão presentes nos níveis macro, médio e micro da avaliação da qualidade em saúde. A acessibilidade refere-se às características do serviço e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários (DONABEDIAN,1973 apud SCHMIDT; FIGUEIREDO, 2009).

O acolhimento alude ao primeiro contato, a partir do qual será definida toda a sequência de atendimentos. É o momento em que os recursos do serviço são delineados: quem atende; o que pode oferecer; como pode acolher, avaliar e discriminar a demanda. Silva Júnior e Mascarenhas (2004) assinalam três dimensões do acolhimento: postura, técnica e princípio de reorientação do serviço.

O acolhimento é a utilização do saber profissional para produzir respostas ao usuário. Quando se trata da equipe multiprofissional, há a articulação dos saberes, buscando superar a fragmentação para a construção de novas respostas às demandas emergentes. A supervisão é destacada como um importante modo de organização do serviço e de acompanhamento do cotidiano de trabalho, assegurando a articulação entre o acolhimento tanto como atitude quanto técnica. O acompanhamento é como um analisador da qualidade da assistência. Goldberg (1996) afirma que, dada a reabilitação psicossocial como um processo, o serviço tem que prestar a continuidade do cuidado para que seus objetivos sejam alcançados. Deve-se refletir como o CAPS acompanha a trajetória de vida dos usuários, por meio de quais práticas assistenciais o acompanhamento do tratamento é realizado, e como se efetiva o vínculo entre a clientela e a equipe.

Donabedian (1982 apud SCHMIDT; FIGUEIREDO, 2009) assinala que a avaliação da qualidade do serviço informa sobre o grau de competência dos profissionais que atuam com a saúde e da capacidade de os mesmos se auto gerirem. A avaliação deve produzir conhecimentos no plano individual e coletivo, tendo sempre a reflexão como base para transformações do sistema de saúde. Deve reconhecer o aspecto “participativo, não hierárquico, portador de sentido, interdisciplinar, válido, prospectivo e democrático” (CONTANDRIOPOULOS, 2006, p. 710). O autor assinala que a avaliação servirá como instrumento para que os gestores tomem decisões para a resolução de problemas do sistema.

Bandeira, Ishar e Zuairi (2007, p. 281) postulam que a avaliação “[...]fornece informações essenciais que permitem aos serviços proceder constante reavaliação dos seus procedimentos de atendimento, identificar possíveis deteriorações na qualidade do serviço e modificar seus procedimentos, visando melhorar a qualidade”. Consoante os autores, a qualidade é caracterizada como um construto aglutinador de variáveis que se integram entre si, tais como políticas de saúde, profissionais e usuários, os quais se encontram conectados em determinado serviço.

Metodologia

O delineamento representa um momento na construção da pesquisa científica, norteador do pesquisador na compreensão dos fenômenos sociais. Este estudo abrange a pesquisa descritiva, apresentando os fatos e fenômenos de determinada realidade. Compreende a pesquisa bibliográfica, documental, estudo de caso e pesquisa de campo. Conforme Yin (2001), um estudo de caso pretende estudar um fenômeno contemporâneo no contexto real em que este ocorre. Este estudo abrange a pesquisa qualitativa e quantitativa. Richardson et al. (1999) declaram que a pesquisa qualitativa descreve a complexidade de determinado problema, compreende e classifica processos dinâmicos vividos por grupos sociais. Este estudo realizou-se no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS geral) de Maranguape, Ceará. Para atender aos objetivos da pesquisa quantitativa, aplicou-se um questionário para trinta usuários, incluindo pacientes e familiares. Para a pesquisa qualitativa, aplicou-se a entrevista para onze usuários do serviço. A coleta dos dados ocorreu no mês de março de 2014.

A pesquisa quantitativa considerou a análise descritiva dos dados. A interpretação dos dados qualitativos teve como base a análise de conteúdo de Bardin (1977). O método da análise consiste em tratar a informação a partir de um roteiro específico, iniciando com (a) pré-análise, na qual se escolhe os documentos, se formula hipóteses e objetivos para a pesquisa, (b) na exploração do material, na qual se aplicam as técnicas específicas segundo os objetivos e (c) no tratamento dos resultados e interpretações.

Resultados e Discussão

Os dados foram analisados, visando compreender e avaliar o processo de trabalho do CAPS geral. No que se refere a característica dos participantes, observa-se a prevalência do gênero feminino (77%), com predominância na faixa etária entre 38 a 47 anos (30%); concernente a escolaridade, 50% concluíram o ensino fundamental. A qualidade do atendimento dos profissionais constitui um aspecto primordial para garantir a atenção integral do cuidado. Verifica-se que 97% dos participantes manifestam satisfação com a qualidade do atendimento, conforme Tabela 1. Deve-se primar pela qualidade do atendimento, visando a atender o usuário em sua dimensão humana

e de saúde. Donabedian (1982 apud SCHMIDT; FIGUEIREDO, 2009) configura que a avaliação da qualidade do serviço informa sobre o grau de competência dos profissionais que atuam com a saúde. Os participantes manifestam sua satisfação com o atendimento psicológico do CAPS(70%). Os usuários participam de atividades psicoterapêuticas que contribuem para a promoção da saúde. O serviço de enfermagem caracteriza-se pela qualidade no atendimento, gerando satisfação (93%), contribuindo para a terapêutica, no que se refere a analisar a adesão ao tratamento e aos cuidados com a saúde dos usuários.

Tabela 1- Avaliação da qualidade do serviços

Dimensões da qualidade	Totalmente Insatisfeito%	Insatisfeito %	Indiferente %	Satisfeito %	Totalmente Satisfeito %
Atendimento profissional	0,0	0,0	3,0	90,0	7,0
Atendimento psicológico	0,0	0,0	30,0	43,0	27,0
Serviço de enfermagem	7,0	0,0	0,0	80,0	13,0
Atendimento Social	0,0	0,0	10,0	60,0	30,0
Terapia ocupacional	0,0	0,0	20,0	53,0	27,0
Atendimento médico	3,0	0,0	3,0	60,0	34,0
Grupos terapêuticos	7,0	0,0	7,0	73,0	13,0
Visitas domiciliares	7,0	0,0	13,0	70,0	10,0

Fonte: Pesquisa direta(2014).

Considerando que o serviço social atua na dimensão dos direitos sociais, os usuários manifestaram satisfação com o atendimento (90%), revelando que os profissionais se empenham na garantia da ampliação dos direitos. Verifica-se a satisfação dos usuários com o atendimento da terapia ocupacional (80%), expressando o empenho dos profissionais no desenvolvimento de atividades da vida cotidiana. Observou-se a satisfação dos usuários com o atendimento médico (94%), demonstrando que esse profissional corrobora o processo de promoção da saúde, pela administração da farmacoterapia, essencial no controle das crises. O trabalho com grupos revela sua dimensão terapêutica no campo da saúde mental. Com a reforma psiquiátrica, ampliou-se as atividades realizadas com grupos, enfocando a ressocialização do indivíduo. Os dados mostram a satisfação dos usuários com os grupos terapêuticos (86%), revelando que essa atividade promove a socialização das pessoas.

Segundo Chiaverini et al. (2011), a visita domiciliar constitui uma atividade dos profissionais dos serviços de saúde de base territorial. Os dados mostram o nível de satisfação dos usuários e familiares com as visitas domiciliares (80%) realizadas pela equipe de saúde mental, no intuito de conhecer a realidade social da família. A reorientação do modelo de atenção à saúde preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) aponta a visita domiciliar como um eixo que passa pela universalidade, integralidade e equidade. A prática de a visita domiciliar contribui para o entendimento da totalidade dos condicionantes que afetam a vida do cidadão (LOPES; SALPE; MASSAROLI, 2008).

Com base na pesquisa qualitativa, construíram-se categorias para identificar a percepção dos usuários e familiares sobre a qualidade do atendimento no CAPS. Os usuários destacaram a qualidade do atendimento e a satisfação com o acolhimento. Essa realidade é percebida nos depoimentos: *“Foi bem atendido (sujeito 5). [...]Aqui a receptividade, a questão da personalização do atendimento para cada pessoa; o atendimento jóia, dependendo da deficiência do paciente. (usuário 6)”*. Outro aspecto alude ao acolhimento realizado pela equipe, enfatizando que os profissionais expressam as tecnologias leves no campo da saúde mental relacionada com o diálogo e a relação interpessoal. Esse conteúdo é percebido nas seguintes falas. *“O atendimento no CAPS é sempre muito bem recebido, as pessoas me recebem muito bem; como na recepção, as pessoas recebem bem. Eu tenho realmente uma boa acolhida aqui (usuário 7). Faz oito anos que eu faço tratamento aqui, nunca fui rejeitado,. Sempre me atenderam bem. Só que eu não decoro o nome de ninguém daqui (usuário 9)”*.O acolhimento preconiza que o serviço de saúde contemple o atendimento ao usuário, considerando a garantia da acessibilidade universal e a reorganização do processo de trabalho com foco na equipe de acolhimento (FRANCO BUENO; MERHY,1999).

No que se refere as atividades que os usuários participam, destacam-se: a participação de grupos terapêuticos, grupo de família e atendimento psicoterapêutico. A ênfase do modelo atual em saúde mental é o tratamento do portador de sofrimento psíquico no seio da família. Ela passa a ser incorporada no processo terapêutico, contribuindo com reabilitação psicossocial do usuário. A contribuição da Psicologia, em razão das diretrizes do SUS e da integralidade das ações, se efetiva, quando consegue reinventar o fazer das experiências para a construção de uma rede de relações entre aqueles que sofrem e suas condições sociais. Os usuários enfatizam que no CAPS participam de atendimento individual e grupal com o psicólogo. Saraceno (1999) enfatiza a relevância da abordagem psicossocial voltada

para os usuários da saúde mental, pois fortalecê-los implica criar instrumentos que potencializem o sujeito para a produção de projetos de vida.

Com base nos depoimentos, foram construídas categorias de análise para identificar as mudanças ocorridas na família, destacando a convivência e a compreensão do processo saúde-doença. Observa-se que a família tem vivenciado mudanças em sua dinâmica, principalmente pela sua participação nos grupos de orientação. “*Tem melhorado sim a convivência familiar com a família (usuário 1). Tenho mudado. Tá bom. Tem melhorado. Melhorou bastante a convivência familiar. Tá boa. (usuário 2)*”. Segundo Amaral e Durman (2004), a família promove o contato entre a pessoa e os serviços de saúde, redimensionando os valores e expectativas relacionadas ao cotidiano da pessoa em sofrimento psíquico.

Os depoimentos revelam que a participação da família nos grupos de orientação do CAPS contribui para a compreensão do processo de adoecimento no campo da saúde mental. “*Sim. No caso dela compreender a doença, a questão da doença é melhor compreendida no ambiente familiar (usuário 6). Com certeza. Absolutamente aconteceram mudanças sim. Tenho como interagido a respeito no meu tratamento. Como pessoa tenho real certeza que aqui as coisas funcionam (usuário 7)*”. O processo saúde-doença não se dá de forma linear, mas, de modo dinâmico.

Construíram as categorias que demonstram a percepção dos usuários no que se refere aos aspectos que devem ser melhorados: ampliação da equipe profissional; satisfação com o atendimento e manifestação de sofrimento mental. Os depoimentos revelam a necessidade de ampliar a equipe de saúde mental do CAPS, principalmente o médico. “*Colocar mais médico, em dois turnos de manhã e à tarde e todos os dias se possível for (usuário 8). Em questão de terapia ocupacional, em questão de vim artesão. Através do coordenador do CAPS levar alguns projetos pro gestor municipal [...] (usuário 7)*”.

Martinez e Paraguay (2003) declara que a satisfação é uma produção subjetiva, elaborada a partir da avaliação em relação ao ambiente de trabalho. Os usuários expressam satisfação com o atendimento dos profissionais, conforme os relatos: “*Pra mim, eu estou satisfeita com o atendimento aqui, tudo bem (usuário 4). E eu agradeço muito ter o CAPS aqui. eu não sei o que seria de mim. Porque eu já fui internado três vezes em hospital mental [...] (usuário 9)*. Verifica-se que o atendimento no CAPS suscita satisfação, uma vez que contempla as atividades de ressocialização e reabilitação das pessoas em sofrimento psíquico.

Convém salientar que um familiar destacou a questão da medicação, principalmente no que se refere ao valor do medicamento. Essa realidade sinaliza para a importância da dimensão política no campo da saúde mental. “*acho assim na medicação, muitas vezes acaba a medicação e a gente não tem condição de comprar. Com a medicação em falta, ele acaba voltando a crise de novo. A medicação é muito cara, a gente não tem condição de comprar (familiar 1)*”. Observa-se a necessidade dos trabalhadores e usuários da saúde participarem do conselho local, visando organizar um movimento em prol da garantia da assistência integral as pessoas em sofrimento mental.

Conclusão

A qualidade do atendimento dos profissionais contribui para garantir a atenção integral do cuidado. Os usuários e familiares manifestam satisfação com o atendimento psicológico do CAPS. Essa realidade demonstra que os usuários participam de atividades psicoterapêuticas que concorrem para a promoção da saúde. O serviço de enfermagem é de suma importância no contexto de atenção à saúde mental, corroborando a reabilitação e os cuidados com a saúde dos usuários. Na percepção dos sujeitos, o serviço de enfermagem caracteriza-se pela qualidade no atendimento, gerando dessa forma satisfação.

Considerando que o serviço social atua na dimensão dos direitos sociais, os usuários manifestam satisfação com o atendimento, revelando que os profissionais se empenham na garantia dos direitos da pessoa em sofrimento psíquico. A satisfação dos usuários com o atendimento da terapia ocupacional exprime o empenho dos profissionais no desenvolvimento de atividades relacionadas com a vida cotidiana. O trabalho com grupos revela sua dimensão terapêutica no contextos de assistência à saúde, sobretudo no campo da saúde mental. Com a reforma psiquiátrica, ampliou-se as atividades realizadas com grupos, enfocando a ressocialização do indivíduo em sofrimento psíquico.

Foram construídas categorias de análise para compreender as mudanças ocorridas na família, destacando as mudanças na convivência e a compreensão do processo saúde-doença. A satisfação é uma produção subjetiva, elaborada pelos sujeitos com base na avaliação da dinâmica do ambiente de trabalho. A pesquisa revelou que os usuários expressam satisfação com o atendimento dos profissionais no CAPS.

Referências

AMARAL, P.C.G.; DURMAN, S. O que pensa a família sobre o atendimento oferecido pela psiquiatria. *Maringá*, v. 26, n. 1, p. 113-119, 2004

BANDEIRA, M.; ISHARA, S.; ZUARDI, A. W. Satisfação e sobrecarga de profissionais de saúde mental: validade de construto das escalas SATIS-BR e IMPACTO-BR. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.56, n.4, p. 280-286, 2007.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Portugal: Edições 70, 1997.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.11, n.3, p.705-711, 2006.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. *Caderno Saúde Pública*. v. 2, n. 15, 1999.

GOLDBERG, J. Reabilitação como processo: O Centro de Atenção Psicossocial. In: PITTA, A. M. F. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996.

DIMENSTEIN, M. A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. *Psicol. cienc. prof.* v.24, n.4, Brasília, dez. 2004.

SAWAIA, B. B. O Ofício da psicologia social à luz da ideia reguladora de sujeito: da eficácia da ação à estética da existência. In: ZANELLA, A. et al. (Orgs.). *Psicologia e Práticas Sociais*. Porto Alegre: ABRAPSOSUL, 1997, pp.78-91.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. *Caderno Saúde Pública*. v. 2, n. 15, 1999.

LOPES, V.O. SALPE, R.; MASSAROLI, A. Visita Domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. *Ciência, cuidado e saúde*, 2008.

SCHMIDT; M.B.; FIGUEIREDO, A. C. Acesso, acolhimento e acompanhamento:

três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 130-140, mar.2009.

RICHARDSON, R. J. et al. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas, 1999

SILVA JR., A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMSUERJ, p. 241-257, 2004.

Agradecimentos

Agradecemos a profª Joana D' Arc de Oliveira pelo apoio na produção deste trabalho e a UFC semi-presencial e aos usuários do Centro de Apoio Psicossocial.

SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE EM FORTALEZA

Larissa Medeiros Barros Leal– Universidade de Fortaleza(Email: larissambl@gmail.com)

Jessyka Soares Almeida - Universidade de Fortaleza

Daniel Dias de Holanda Freitas - Universidade de Fortaleza

Maria Allyce de Oliveira - Universidade de Fortaleza

Yan Mota de Araújo - Universidade de Fortaleza

Danilo Pinheiro - Universidade de Fortaleza

Palavras-chave: *acolhimento, estado de saúde, satisfação, atendimento, atenção primária*

Resumo

O presente estudo consiste em uma pesquisa quantitativa descritiva transversal sobre o grau de satisfação dos usuários do CSF Mattos Dourados e do Núcleo de Atenção Médica Integrada, unidades de saúde de atenção primária e secundária, respectivamente. As duas unidades de atendimento localizam-se na Região Metropolitana de Fortaleza, Estado do Ceará, Brasil. Participaram 431 usuários, sendo a maioria mulheres (78,1%) com uma média de idade de 41,5 anos. Os participantes classificaram o atendimento das duas unidades, assim como os tempos de espera para a marcação das consultas e para o atendimento. Além disso, foi relacionado o estado de saúde que os usuários se consideram e o seu nível de alfabetização.

Introdução

A avaliação do serviço de saúde começou na década de 60 nos Estados Unidos e na Europa, consolidando-se como determinante da qualidade do atendimento ao longo dos vinte anos seguintes. No Brasil, tal prática ganhou importância após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em meados dos anos 90. Esse tipo de avaliação geralmente é realizado por meio de questionários feitos aos usuários dos sistemas de saúde. Esses questionários são compostos, na maioria dos casos, por perguntas fechadas que possibilitam mensurar quantitativamente o nível de satisfação. (ESPEREDIÃO, 2005)

Nesse contexto, as primeiras pesquisas no campo de avaliação em saúde eram relacionadas com o grau de satisfação do paciente. Atualmente, existem vários modelos que medem a satisfação, porém o principal foco é em relação às expectativas, valores e desejos dos usuários. (VAITSMAN, 2005)

Algumas avaliações têm como objetivo a busca por um atendimento mais humanizado. Humanização, na área da saúde, abrange atitudes éticas e solidárias para atender os pacientes com dignidade, adotando os princípios da beneficência e da não-maleficência, a fim de que o paciente seja bem acolhido. (SILVA, 2006)

No CSF Matos Dourado, pratica-se a atenção primária – também chamada de “básica” no Brasil. Esse nível de atenção corresponde, a ações voltadas à prevenção, à promoção a saúde e a serviços de acompanhamento e de primeiro contato com o paciente. Integra-se aos demais setores da saúde por meio dos encaminhamentos em casos mais complexos. (GIOVANELLA, 2008)

No NAMI (Núcleo de Atenção Médica Integrada), localizado no mesmo bairro, é realizada a atenção secundária. Ela abrange serviços de média complexidade, de apoio ao diagnóstico e ao tratamento, além de atendimento de urgência e emergência. A organização das práticas de saúde, a partir das interações no nível da atenção secundária mostra-se em processo de consolidação e vem contribuindo para o desenvolvimento de melhores práticas em saúde. Em Fortaleza, existem 92 unidades de atenção básica que intermediam o atendimento dos pacientes que precisem da atenção em média complexidade. (ERDMANN, 2013)

Além disso, ainda existem preconceitos que podem interferir no atendimento; eles estão principalmente relacionados à forma de o médico perceber os direitos do paciente. Ainda há profissionais que atendem na rede pública de saúde que não reconhecem o pagamento representado pelos impostos. Os próprios usuários não reconhecem seus direitos, dificultando a possibilidade de um bom atendimento, acolhimento digno ou mesmo ao acesso à consulta. (LEITE, 2007)

Ademais, “as novas propostas de promoção de saúde trouxeram para a consulta médica a necessidade de intervenções no modo de vida dos indivíduos, tanto no que se refere à alimentação, como aos hábitos e comportamentos.” (LEITE, 2007) As questões individuais, familiares e sociais passaram a ser demanda de consulta e fazem parte das orientações feitas pelos profissionais de saúde, cujo principal objetivo é a qualidade de vida.

O presente trabalho tem como principal propósito analisar o grau de satisfação dos usuários da atenção primária e secundária de Fortaleza. Outros aspectos importantes para uma análise geral do atendimento, como o tempo de espera e o perfil dos usuários serão abordados.

Metodologia

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Trata-se de um estudo baseado em métodos quantitativos e de modo transversal, desenvolvido em unidades de saúde dos Centros de Atenção Primária e Secundária da Regional VI de Fortaleza, Ceará. A amostra consitiu-se de 431 entrevistas individuais, das quais foi aplicado um questionário desenvolvido pelo Ministério da Saúde, o Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool Adulto), e nos resultados, foi utilizado um software estatístico elaborado pelo Center of Disease Control (CDC), o EpiInfo. As entrevistas foram promovidas no período de fevereiro e março de 2014, diurnamente.

Como critério de exclusão, participaram da pesquisa apenas os usuários que foram atendidos mais de uma vez na mesma unidade, sendo maiores de idade e menores acompanhados por responsáveis. Todos participaram voluntariamente, de forma anônima, e foram informados sobre os objetivos da pesquisa, não maleficência, sigilo informacional e não lucratividade.

Resultado e discussões

O espaço amostral foi de 431 usuários, sendo a maioria mulheres (78,1%) com média de idade de 41,5 anos de idade, casadas ou com união estável (46,30%), alfabetizadas (81,3%) e com renda mensal de 1 a 2 salários mínimos (63,9%). Isso ocorre devido ao fato de as mulheres sofrerem mais de doenças de curta duração e com sintomas mais incômodos. (PINHEIRO et al, 2002) Além disso, é da natureza feminina essa maior preocupação com a saúde, tanto a própria quanto a da sua família. Além disso, mulheres casadas normalmente acabam assumindo mais responsabilidades que os homens e assim, desencadeando uma série de “problemas psicológicos que podem se expressar por meio de sintomas que podem sugerir doenças”. (LEITE, 2007)

As pesquisas foram realizadas praticamente na mesma quantidade no CSF (52,7%) e no NAMI (43,7%). A classificação do atendimento no CSF foi considerada de boa a regular pela maioria dos usuários (71,3%). No NAMI, essa classificação foi também relativamente alta, na média de 83% dos usuários a consideraram de boa a regular. O fato de a grande maioria se sentir bem acolhida nas duas unidades de saúde, principalmente no NAMI, no qual 99% dos entrevistados elogiaram o acolhimento, pode ter influenciado bastante nessa alta classificação. Tais dados são bastante contrastantes com a realidade do Sistema Único de Saúde atual, que sofre de vários problemas, entre eles a má classificação do atendimento, havendo necessidade, em alguns casos, de programas como o Mais Médicos. O apoio da Universidade de Fortaleza no CSF com a participação dos seus alunos nas atividades de Atenção Básica dos seus cursos, além de toda a estrutura que a universidade promove para o NAMI para o aprendizado nos cursos da área de saúde, facilita uma relação ensino-serviço-comunidade que contribui para a alta avaliação. (ALMEIDA, 2008)

Em relação ao tempo de espera da marcação à consulta, os dados já foram divergentes nas duas unidades. No CSF, esse período varia, na maioria dos casos, entre um dia e menos de uma semana (40,7%). Esses dados condizem com o fato de o CSF ser uma unidade de Atenção Primária, de demanda espontânea. Entretanto, no NAMI, esse período de espera é de meses (41,7%). Tal valor pode ser justificado pelo fato desta unidade ser de referência e, portanto, de demanda programada. Entretanto, a necessidade de mais unidades de referência como o NAMI é necessária para atender uma demanda tão grande como a da grande população de Fortaleza.

O tempo de espera ao chegar ao CSF ou ao NAMI também foram bastante diferentes. No CSF, a maioria das pessoas precisam esperar duas horas ou mais para serem atendidas (52,9%). Provavelmente, essa realidade acontece porque boa parte dos usuários chega bem antes do horário inicial de atendimento, havendo necessidade de esperar cerca de duas horas os profissionais de saúde chegarem ao local de trabalho. Porém, no NAMI, o tempo de espera é inferior a 30 minutos na maioria dos casos (44,2%). Tal fato existe se explica pela marcação prévia das consultas por uma Unidade de Atenção Básica e pela existência de uma maior organização nessa unidade.

O estado de saúde, em geral, foi classificado pelos usuários como boa a regular (89,2%). Entretanto, os analfabetos entrevistados consideraram seu estado de saúde mal (17%) mais vezes que os alfabetizados (7%). Isso justifica-se quando se afirma que em um estudo recém-publicado pelo periódico Annals of Internal Medicine analisou o conjunto da pesquisas mais relevantes sobre o impacto que tem um baixo grau de alfabetização em saúde e concluiu que esse é um problema que está associado a piores indicadores de saúde, uso menos eficiente dos serviços de saúde e dificuldades para entender e seguir as orientações médicas. (TEIXEIRA, 2011)

Considerações finais

O presente estudo, de forma geral, demonstrou uma avaliação positiva quanto à satisfação dos usuários nas duas unidades de atendimento. Tal perspectiva não é surpreendente, dado o apoio da Universidade de Fortaleza para as mesmas. Destaca-se a importância do tema para amplificar o conhecimento nas diversas realidades na atenção primária e secundária, buscando qualificar a formação acadêmica na visão humanista.

Acredita-se que os resultados encontrados nesta pesquisa possam servir de apoio e inspiração para novos estudos, que objetivem aprofundar alguns dos assuntos aqui discutidos

Referências

ALMEIDA, Magda Moura de et al. Da teoria à prática da interdisciplinaridade: a experiência do Pró-Saúde Unifor e seus nove cursos de graduação. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro , v. 36, n. 1, supl. 1, Mar. 2012.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini et al. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 21. 2013.

ESPERIDIAO, Monique; TRAD, Leny Alves Bomfim. Avaliação de satisfação de usuários. Ciênc. Saúde coletiva. 2005, vol. 1.

GIOVANELLA, Ligia. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. 2008.

LEITE, Á.J.M.; CAPRARA, A.; COELHO FILHO, J.M. (Orgs.). Habilidades de comunicação com pacientes e famílias. São Paulo: Sarvier, 2007.

PINHEIRO, Rejane Sobrino et al . Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v.. 7, n. 4, 2002.

SILVA, Emanuele Teixeira da; CAETANO, Joselany Áfio; SILVA, Ângela Regina de Vasconcelos. Assistência pré-natal de um serviço de atendimento secundário. 2006.

TEIXEIRA, Ricardo A. INFORMAÇÃO SOBRE A SAÚDE FAZ MESMO A DIFERENÇA? Do projeto ConsCiência no Dia a Dia, Agosto de 2011.

VAITSMAN, Jeni; GRB, Andrade. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. Ciênc saúde coletiva, v. 10, n. 3, p. 599-613, 2005.

SAÚDE DO HOMEM EM FOCO: DESMISTIFICANDO TABUS EM PROL DE UMA ASSISTÊNCIA DE QUALIDADE

Samuel Fernandes de Oliveira Souza – FANOR(Faculdades Nordeste) – samuelfernandes_os@hotmail.com

Adriana Simplício de Araújo – FANOR (Faculdades Nordeste)

Carlton Washington Pinheiro – UNIFOR (Universidade de Fortaleza)

Carmem Lúcia Ferreira Abreu – FANOR (Faculdades Nordeste)

Natália Silva de Souza – Faculdade Nova Esperança Facene-Famene

Francimeire Maia Silva de Oliveira – FANOR (Faculdades Nordeste)

Palavras-chave: Assistência, promoção da saúde, saúde do homem.

Resumo

Trata-se de uma revisão bibliográfica voltada para a temática da saúde do homem que tem como objetivo analisar os aspectos que regem a resistência do homem a procurar uma assistência de saúde. Para fundamentar esse estudo foi necessário uma leitura sobre os aspectos masculinos no seu estilo de vida e como são voltadas as políticas de promoção da saúde. O homem é encarado como um ser bio-psico-social e paralelo a isso trás consigo uma imagem de imunidade a quaisquer tipo de mazela, ao evitar a atenção primária o homem se torna vulnerável aos agravos e por conta disso acarreta na maior procura pela atenção terciária e conseqüentemente interfere na economia.

Introdução

Os primeiros estudos acerca da saúde do homem surgiram no final dos anos 70, nos Estados Unidos voltados principalmente para problemas de saúde, parte deles apontava que, embora mais poderosos do que as mulheres, os homens estavam em desvantagem em relação as taxas de morbimortalidade, a partir dos anos 1990 a abordagem focaliza as singularidades de homens no processo saúde-doença, a partir de uma perspectiva relacional de gênero. *Rev Saúde Pública 2012;46(Supl):108-116 mas a* Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) só foi criada, no Brasil, pelo médico sanitário José Gomes Temporão em março de 2008. O propósito dessa política consiste em qualificar a atenção à saúde da população masculina, em pleno século XXI apenas o Canadá tem uma política voltada para essa assistência. Vários estudos constatarem que os homens, em geral, padecem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres e também morrem mais do que elas pelas principais causas de morte. Entretanto, apesar de as taxas masculinas assumirem um peso significativo nos perfis de morbimortalidade, observa-se que a presença de homens nos serviços de atenção primária à saúde é menor do que a das mulheres. (Campanucci FS, Lanza LMB. 2011)

Metodologia

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica através de livros, artigos científicos referentes ao Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e sites com o objetivo de informar a população sobre a importância e a necessidade da conscientização deste público a respeito do seu estilo de vida, e através da conscientização construir e manter a confiança das famílias. Buscou-se perceber a atuação dos profissionais da área da saúde a essa conscientização para que se possa chegar à diminuição da incidência de doenças evitáveis.

Resultados e Discussão

Há uma exigência, socialmente construída, de que o homem seja física e psicologicamente forte, resultando em uma figura que rejeita cuidar de si, adiando ou negando tratamentos preventivos e de promoção e de proteção da saúde. Neste sentido, verifica-se que o processo de adoecimento torna-se de difícil aceitação e, embora se possa até reconhecer a importância da prevenção para a saúde em geral, não há a adoção, na prática, de tais comportamentos, nem tampouco há a busca, para fins preventivos, dos serviços de saúde, o que determina que riscos e doenças, quando existentes, sejam de difícil detecção e tratamento pelos profissionais. (Campanucci FS, Lanza LMB. 2011)

Desde a antiguidade o homem é visto como um ser viril, forte, invulnerável e provedor. Características essas, incompatíveis com a demonstração de sinais de fraqueza, medo, ansiedade e insegurança, representada pela procura aos serviços de saúde, o que colocaria em risco a masculinidade e aproximaria o homem das representações de feminilidade.(Campanucci FS, Lanza LMB. 2011) Nesta perspectiva de adoecimento masculino, podem se destacar as enfermidades da próstata, as quais configuram um grave problema de saúde pública e que têm sido alvo de atenção do MS. A alta incidência e mortalidade decorrente da neoplasia maligna de próstata fazem com que esse câncer seja o segundo mais comum em homens. Esse tipo de doença muitas vezes se desenvolve assintomaticamente, o que, possivelmente, induz à crença de que, se os sintomas não se apresentam o indivíduo não está doente. Vale destacar que um dos métodos para detecção precoce dessa neoplasia é o toque retal, mas há aspectos simbólicos que interferem na decisão do homem em realizá-lo. Esta situação afeta a sua masculinidade, criando barreiras que, em última instância, prejudicam sua saúde.(Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC, 2007)

Associada a isso, está também à dificuldade que os homens têm de verbalizar o que sentem, pois falar de seus problemas de saúde pode significar uma possível demonstração de fraqueza, de feminilização perante os outros. (Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC, 2007)

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Não bastassem as barreiras socialmente construídas e culturalmente perpetuadas afastando a população masculina do âmbito da Atenção Primária à Saúde, obstáculos organizacionais do SUS têm agravado ainda mais esta situação. Um desses entraves corresponde ao horário de funcionamento dos serviços coincidirem com a carga horária de trabalho (CAMPANUCCI & LANZA; 2011). Os horários de funcionamento das instituições públicas de saúde nem sempre são conciliáveis com os horários das pessoas que se encontram inseridas no mercado de trabalho formal. (Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS, 2002) Para Gomes, Nascimento e Araújo (2007, p. 571),

Retomando um pouco a influência cultural que atinge essa categoria, as preocupações direcionadas para o trabalho, estão bem mais voltadas para o sustento da casa e da família do que com questões relativas a cuidados de saúde, reforçando os papéis historicamente atribuídos aos homens, de que eles têm de prover o sustento da casa, garantindo a subsistência da família. (Campanucci FS, Lanza LMB. 2011)

Os homens, ao procurarem o serviço de saúde para uma consulta, enfrentam filas, podendo levá-los a “perder” o dia de trabalho, sem que necessariamente tenham suas demandas resolvidas em uma única consulta e, muitas vezes por questões econômicas, eles não podem buscar um atendimento privado. (Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS, 2002) Pesquisas demonstram que, quando os homens sentem alguma coisa, eles procuram medidas de tratamento alternativas, como tomar alguma medicação por conta própria, tomar algum chá ou se medicar utilizando-se da orientação de algum farmacêutico. Essas saídas encontradas por eles para melhorar sua saúde são mais pontuais, não o fazendo perder tempo com filas, com a espera pelo atendimento médico. (Gomes R, Nascimento EF, Rebello LEFS, Araújo FC. 2008) Há estudos, a exemplo de Pinheiro et al. 5, que apontam a prevalência masculina na procura de serviços emergenciais, tais como farmácia e pronto-socorro. Talvez os homens preferissem utilizar as farmácias ou prontos-socorros porque esses responderiam mais objetivamente às suas demandas. Nesses espaços, os homens seriam atendidos mais rapidamente e conseguiriam expor seus problemas com mais facilidade. (Gomes R, Nascimento EF, Rebello LEFS, Araújo FC. 2008) esse estudo constatou que a falta de unidades de saúde específicas para o cuidado com o homem também é apontada, como barreira para o acesso destes aos serviços de saúde. (5)

Uma investigação realizada em São Paulo, Brasil, com homens de baixa renda, sobre saúde sexual, concluiu que havia escassez e inadequação tanto para os homens que dependiam dos serviços públicos de saúde quanto para aqueles que possuíam planos de saúde oferecidos pelo sindicato. (Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. 2002)

A consolidação da PNAISH tem papel imprescindível para a mudança de paradigmas acerca da saúde masculina. Seus princípios valorizam questões de gênero, ao orientar ações e serviços de saúde para os indivíduos, com integralidade e equidade, primando pela humanização no serviço prestado. Essa política tem como diretrizes integralidade, continuidade do cuidado por todos os níveis de atenção, desde o primário até o terciário, considerando modo de vida e situação social; factibilidade, disponibilidade de recursos e tecnologias, estrutura técnico-administrativa e gerencial; coerência e diretrizes que devem estar de acordo com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS); e viabilidade relacionada a comprometimento e possibilidade de execução de ações. (**Ministério da Saúde** (BR). POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM: Princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde 2008). A implementação e a consolidação dessa política não devem ser vistas como práticas individualistas e machistas, pois a sua aplicabilidade envolve aspectos éticos e inclui o homem como ator principal e influenciador de mudanças nos sistemas de saúde. A visão atual do homem como ser bio-psico-social exige um atendimento interdisciplinar que valorize variáveis externas e internas no processo saúde-doença (**Gianini MMS**. Câncer e gênero: enfrentamento da doença [internet]. [citado] em **2011** mar 2015] disponível em : [HTTP://WWW.piscologia.com.pt](http://WWW.piscologia.com.pt).

Conclusão

Concluiu-se que políticas públicas voltadas para a saúde do homem paralelo a conscientização e incentivo a promoção da saúde é de suma importância visto que é um recurso viável. Sendo assim, espera-se chamar a atenção do público masculino sobre a necessidade da procura a assistência para prevenção de doenças evitáveis. Tendo em vista, as pesquisas realizadas pode-se considerar a promoção da saúde como um fator diferencial na diminuição de agravos na população masculina.

Referências

II SIMPÓSIO GÊNERO E POLÍTICAS, 18 e 19, 2011, Londrina. Campanucci FS, Lanza LMB. **Atenção primária e a saúde do homem**. Universidade Estadual de Londrina, 2011, ISSN 2177-8248.

Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. **Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(3):565-574, mar, 2007

Gomes R, Nascimento EF, Rebello LEFS, Araújo FC. **As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático**. Cienc Saude Colet. [on- line]. 2008 [citado 2008 nov 15]; 13(6): 1975-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>.

Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. **Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil**. Ciênc Saúde Coletiva 2002; 7:687-707

Ministério da saúde (BR). **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: Princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde 2008

Gianini MMS. Câncer e gênero: enfrentamento da doença [internet]. [citado] em **2011** mar 2015] disponível em : HTTP:// WWW.psicologia .com.pt.

Agradecimentos

Queremos agradecer primeiramente a Deus que sempre nos dá força e sabedoria para realização deste trabalho. Aos nossos pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional. E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte do nosso trabalho.

SAÚDE DO HOMEM: UM DESAFIO PARA A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Autor 1 – Eline de Vasconcelos Barbalho - Faculdades INTA – elinebarbalho@gmail.com

Autor 2 – Erika de Vasconcelos Barbalho – Universidade Estadual do Ceará - erikavascb@gmail.com

Autor 3 – Suelen Duarte Brandão – Universidade Estadual do Cariri (URCA) - suelen17_446@hotmail.com

Autor 4 – Roberta Peixoto Vieira – Universidade Regional do Cariri (URCA)/ Faculdade Vale do Salgado – roberta.peixotovieira@gmail.com

Autor 5 – Marina Pessoa de Farias Rodrigues – Faculdade Vale do Salgado – marinafariasr@yahoo.com.br

Autor 6 – Francisco José Maia Pinto – Universidade Estadual do Ceará - maiapinto@yahoo.com.br

Palavras-chave: Saúde do Homem. Promoção da Saúde. Estratégia Saúde da Família.

Resumo

INTRODUÇÃO: A saúde masculina abrange toda a complexidade do homem, compreende um universo de fatores, incluindo inúmeros tabus e paradigmas que cercam o gênero. **OBJETIVO:** Analisar a adesão dos homens aos serviços ofertados pela Estratégia Saúde da Família (ESF). **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa, realizada na cidade de Iguatu. Os informantes do estudo foram 15 homens que trabalhavam em uma determinada indústria localizada no município, que atenderam aos critérios de inclusão. O instrumento de coleta de dados utilizado foi a entrevista semiestruturada, sendo esta gravada e registrada pela pesquisadora. Coleta de dados: fevereiro e março de 2013. A organização dos dados teve como suporte a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. **RESULTADOS:** As respostas traziam a ideia de que saúde se trata de ausência de doença, tanto física com psíquica, uma visão compartilhada que demonstra um entendimento ainda limitado sobre o assunto por parte dos mesmos. Alguns homens também remeteram a questão da prevenção no campo sexual, relacionaram a prevenção com o uso do preservativo evitando Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A Saúde do Homem ainda apresenta diversos tabus e paradigmas que precisam ser conhecidos e desvendados com a finalidade de desenvolver ações em saúde que tenham um impacto efetivo na vida dos indivíduos do sexo masculino.

Introdução

A saúde masculina abrange toda a complexidade do homem, compreende um universo de fatores, incluindo inúmeros tabus e paradigmas que cercam o gênero.

Para podermos tratar de saúde do homem temos que, antes de tudo, sobrepor o conceito de invulnerabilidade que cerca o mundo masculino, já que os valores sociais atrelados aos homens trazem, desde muitos séculos, o conceito de que doença é um sinal de fragilidade e não algo inerente à condição biológica. Isso significa dizer que a descoberta de alguma doença põe em risco sua crença de ser invulnerável (BRASIL, 2008).

A ideologia difundida em nossa sociedade, do homem como ser dominador, rebate o conceito do autocuidado com a saúde, dificultando, assim, a adesão às ações de prevenção, consequentemente deixando o homem mais susceptível à morbimortalidade (NASCIMENTO; GOMES, 2008).

Os indicadores brasileiros de morbimortalidade têm traçado um perfil que vem se mantendo há anos, no qual as mulheres são as mais acometidas por problemas de saúde, buscam mais os serviços médicos, consomem maior quantidade de medicamentos e se submetem a um maior número de exames, que os homens. No entanto, há um maior índice de homens internados com problemas graves, da mesma forma que a procura pelos serviços de emergência e a taxa de mortalidade por causas patológicas graves é superior nesse gênero (PINHEIRO, 2002).

Os agravos do sexo masculino são um problema de saúde pública e as ações da Política de Saúde do Homem se baseiam em pesquisas que indicam que a cada três mortes de pessoas adultas no país, duas são de homens. Ainda observou-se que eles vivem, em média, sete anos menos que as mulheres e têm mais doenças do coração, câncer, diabetes, além de colesterol e pressão arterial mais elevada (BRASIL, 2009a).

Segundo o Ministério da Saúde, a maior porcentagem de óbitos entre os homens deve-se a fatores externos, como a violência, seguidos pelas doenças do aparelho circulatório, tumores, doenças do aparelho digestivo e respiratório (BRASIL, 2008).

Nesse contexto, percebe-se que os agravos à saúde do homem decorrem, principalmente, da baixa procura pelos serviços de atenção primária à saúde, devendo ser a Estratégia de Saúde da Família a principal responsável por elevar a qualidade de vida dos homens. Logo, um dos maiores desafios das equipes de saúde é desmitificar a imagem de que a atenção básica é um espaço que tem seus serviços destinados quase exclusivamente para as mulheres, crianças e idosos, já que tem programas específicos destinados a esses públicos (SANTOS *et al.*, 2011).

Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem, criada em 2008, tem o propósito de nortear o autocuidado e a atenção primária, assegurando a promoção da saúde e a desaceleração da morbimortalidade da população masculina. Essa Política tem sua atuação, sobretudo, nas áreas da comunicação, investimento da estrutura pública, qualificação dos profissionais, promoção à saúde e expansão dos serviços (BRASIL, 2010).

Entre seus principais objetivos, está o de gerar ações de saúde que colaborem para a percepção da realidade singular do gênero masculino nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, devendo respeitar os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão, possibilitando, também, o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população (BRASIL, 2009).

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Visando obter avanços na saúde do homem através da Política, faz-se necessário fortalecer e qualificar a Estratégia Saúde da Família (ESF) garantindo, assim, a promoção da saúde e a prevenção aos agravos evitáveis, devendo ser a ESF a porta de entrada desses pacientes no sistema de saúde (FONTES et al., 2011).

Para se avançar nessa discussão, dentre outros aspectos, é importante dar voz aos próprios homens, objetivando o melhor entendimento das questões envolvidas no seu acesso aos serviços de saúde. São com essas concepções e tendo como referência os diagnósticos de saúde dos homens, em cada contexto em que a ESF está inserida, que os serviços devem se embasar para a construção das ações assistenciais, contemplando as diferentes necessidades de saúde dos homens (JUNIOR; LIMA, 2009).

Além disso, a mudança comportamental masculina é determinante para o sucesso da implantação dos programas voltados para a saúde do homem, pois para o gênero masculino criou-se a ideia pré-concebida de que as patologias são senis e a sua descoberta e tratamento tardio contribuem para a associação de novas doenças, tornando-se, assim, mais difícil a obtenção da cura (GONÇALVES et al., 2010).

Entretanto, alguns estudos têm contestado o que afirmam os defensores da nova política. Pesquisadores afirmam que as questões que envolvem a saúde do homem são bem mais complexas que os fatores abordados por tal política (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009).

Em meio a essas discussões torna-se imprescindível que a população masculina compreenda que o uso dos serviços de saúde deve ser feito não apenas quando se tem uma patologia instalada, mas que os serviços de saúde têm como funções básicas e primordiais a promoção e prevenção da saúde, além da identificação dos fatores de risco, e cabe aos homens usufruírem plenamente dos seus direitos à saúde proporcionando-lhes qualidade de vida (BRASIL, 2012).

Metodologia

A presente pesquisa trata-se de um estudo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa, pois esse tipo de estudo atende os objetivos almejados com a realização deste trabalho. Realizada na cidade de Iguatu, município que exerce papel de centro regional de comércio e serviços, oferecendo apoio para mais de 10 municípios da região Centro-Sul do Ceará (IBGE, 2010). O local de coleta de dados foi em uma indústria local, implantada na cidade desde o ano de 1997, e que conta com um quadro de funcionários de aproximadamente 1.300 pessoas. Esta escolha se deu devido à forte presença de homens que atendem os critérios de inclusão.

Os informantes do estudo foram 15 homens que trabalham em uma determinada indústria localizada no município de Iguatu – CE, que atenderam aos critérios de inclusão: homens que estivessem em pleno exercício da profissão durante o período de coleta de dados e se encontrassem no local da pesquisa; foram entrevistados apenas homens de 20 a 59 anos, já que os mesmos estão em idade produtiva e geralmente são os que menos frequentam os serviços de saúde. Foram excluídos da pesquisa os indivíduos que não atenderam os requisitos citados anteriormente.

Optou-se por denominá-los pela letra H, seguindo uma ordem que vai do número 1 ao número 15, ou seja, identificamos os entrevistados como H₁, H₂, H₃, e assim sucessivamente até o H₁₅. O intuito dessa designação é preservar a identidade dos participantes, mantendo seus nomes em sigilo.

O instrumento de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, sendo esta gravada e registrada pela pesquisadora. A técnica de entrevista semiestruturada consiste em “fazer falar” as pessoas quando interrogadas sobre determinado tema, podendo ser reformulado no decorrer do tempo para redirecionar a discussão, sem deter-se estritamente ao assunto de partida (POULAIN; PROENÇA, 2003). A referida entrevista tratou de aspectos referentes à busca dos homens pelos serviços de saúde da atenção básica.

As entrevistas foram agendadas com os dirigentes do local de pesquisa, que foi o local de trabalho dos entrevistados de acordo com a disponibilidade dos mesmos. As entrevistas foram gravadas e registradas pela pesquisadora.

O período de coleta de dados foi nos meses de fevereiro e março de 2013. A organização dos dados teve como suporte a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. A pesquisa obedeceu a todos os referenciais da bioética, resguardando devidamente os participantes. O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri – URCA, Crato - CE, para apreciação e foi aprovado sob o parecer de número 251.860.

Resultados e Discussão

A partir das falas dos entrevistados foi possível conhecer o entendimento dos homens sobre a saúde de seu próprio gênero e o modo como lidam com esse fator e outros elementos relacionados. Foram entrevistados um total de 15 homens, que estavam na faixa etária de 20 a 59 anos e se encontravam em plena atividade laborativa. Durante as entrevistas, foram coletados, também, dados socioeconômicos, nos quais as características evidenciadas foram: a faixa etária, o estado civil, o local de residência (em zona rural ou urbana), a renda familiar, o grau de escolaridade e o cargo que ocupam.

Dos 15 participantes, 7 estavam na faixa etária de 20 a 30 anos, 6 participantes tinham entre 31 e 40 anos, e 2 tinham idades que variam de 41 a 50 anos. Nenhum participante tinha mais de 50 anos de idade. Quanto ao estado civil, concluiu-se que do total de entrevistados, 3 eram solteiros e 12 casados.

Foi possível observar que dentre as respostas algumas traziam a ideia de que saúde se trata de ausência de doença, tanto física com psíquica, uma visão compartilhada que demonstra um entendimento ainda limitado sobre o assunto por parte dos mesmos. Esse fato se observou a partir dos seguintes falas: *A saúde é quando o cara não tem nada, quando não tem doença. A saúde é tudo porque quando você tá doente, você fica fraco, não tem condições de fazer nada direito.* (H₆ – 37 anos). O conceito de prevenção esteve ligado ao ato de buscar práticas que proporcionem uma vida mais saudável, com maior qualidade, através de uma alimentação balanceada, da prática de exercícios físicos, além de evitar hábitos prejudiciais à saúde, como o etilismo, o tabagismo, e o consumo de outras drogas. Alguns homens também remeteram a questão da prevenção no campo sexual, relacionaram a prevenção com o uso do preservativo evitando Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's): *Prevenção de doenças é [...] cuidar da saúde, do corpo, usar preservativo nas relações sexuais, ter uma boa alimentação pra não ficar gordo [...].* (H₁₅ – 25 anos). Quanto a frequência nos serviços de saúde: *Já fui, uma vez, mas não costumo ir não [...].* (H₁₂ – 25 anos); *Não. Nunca fui pra mim ser consultado. Já fui pra levar outras pessoas da família. Mas pra mim não. Quando sinto alguma coisa, procuro a emergência do hospital.* (H₄ – 31 anos). Isso destaca a ocorrência de uma baixa acessibilidade da população masculina aos serviços de atenção primária, o que assinala para uma vulnerabilidade desses indivíduos (FONTES *et al*, 2011).

Os homens relataram que uma das barreiras que encontravam na busca por atendimento na ESF era o horário de funcionamento das UBS, já que trabalham em horários que coincidem com seu período de funcionamento e estas não dispunham de um horário alternativo para atendimentos voltados a esse público.

Conclusão

Os resultados obtidos no estudo mostram que alguns homens ainda não têm uma concepção adequada a respeito de saúde, deixando de contemplar aspectos que têm um peso significativo sobre ela. Mas também foi possível perceber conhecimentos adequados sobre saúde e prevenção por parte de alguns entrevistados, tendo esses o potencial de desenvolverem uma melhor qualidade de vida.

A presença de pensamentos machistas, que trazem conceitos de masculinidade associados à força, virilidade e patriarcalismo, teve relevante atuação nas concepções emitidas pelos participantes do estudo. Assim sendo, foi possível perceber que essa característica tem importante impacto para a baixa qualidade dos cuidados do homem com a própria saúde.

Ficou claro que uma boa parcela da população masculina ainda não tem o hábito de fazer uso dos serviços da Estratégia Saúde da Família, visto que existem muitas barreiras que impedem essa rotina no cotidiano masculino, as quais foram apontadas por eles durante o estudo.

Todas essas conclusões transformam-se em um desafio ao Estado, aos gestores, empregadores, profissionais de saúde e à sociedade de um modo geral, incluindo os próprios homens, de romper com as conjunturas socioculturais que cercam a população masculina.

Referências

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_4_completo.pdf>. Acesso em 07 de setembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde lança Política Nacional de Saúde do Homem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=10490>. Acesso em 25/07/2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Homens de 20 a 29 anos morrem quatro vezes mais que mulheres da mesma faixa etária**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11997>. Acesso em 10/03/2013.

CARRARA, S.; RUSSO, J. A.; FARO, L. A Política de Atenção à Saúde do Homem no Brasil: Os Paradoxos da Medicalização do Corpo Masculino. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.3 p.659-678, 2009.

FONTES, W. D. *et al*, Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. **Acta Paul Enferm.** v. 24 , n. 3, p. 430-433, 2011.

GONÇALVES, A. *et al*. **Saúde do Homem: Um novo conceito de Saúde Pública**. Santos, 2010.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em <http://www.censo2010.ibge.gov.br/primeiros_dados_divulgados/index.php>. Acesso em 13 de agosto de 2012.

JUNIOR, E.A.L.; LIMA, H.S. Promoção da Saúde Masculina na Atenção Básica. **Pesq. Foco**, v. 17, n.2, p. 32-41, 2009.

POULAIN, J.P.; PROENÇA, R. P. C. Reflexões metodológicas para o estudo das práticas alimentares. **Rev. Nutr.**, v.16, n.4, p. 365-386, 2003.

PINHEIRO, S. P. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciê. Saúde Col.**, v.7, n 4, p.687-707, 2002.

SANTOS, L.C.F. *et al*. Integralidade como princípio norteador da Saúde do Homem. **Saúde em Deb.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 88, p. 113-119, jan./mar. 2011.

SAÚDE DO IDOSO NA ATENÇÃO BÁSICA: PRINCIPAIS DESAFIOS PARA O CONTROLE DA DIABETES MELLITUS

Jéssica Loureiro Mendes Silva - Universidade Federal do Piauí. jessica.loureiro.mendes@hotmail.com

Ana Carolina Coimbra - Universidade Federal do Piauí

Clara Ananda Pimentel de Sousa Santos - Universidade Federal do Piauí

Ingrid Moura de Abreu – Universidade Federal do Piauí

Maria dos Remédios Farias dos Santos - Universidade Federal do Piauí

Maria Helena Barros Araújo Luz - Universidade Federal do Piauí

Palavras-chave: Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Enfermagem. Saúde do Idoso.

Resumo

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

O envelhecimento é um processo dinâmico cujas alterações progressivas ocorrem no organismo tornando-o mais susceptível a agressões intrínsecas e extrínsecas. No idoso, frequentemente ocorre o Diabetes Mellitus tipo II. A hiperglicemia, ocasiona lesões em órgãos e sistemas do organismo, principalmente, coração, olhos, rins e sistema nervoso. A dislipidemia pode desencadear problemas cardiovasculares como hipertensão, angina e infarto do miocárdio. Influenciando na adaptação e vida produtiva. Objetivo: realizar levantamento bibliográfico das produções científicas acerca do idoso diabético na Atenção Básica buscando os principais desafios nesta temática. Metodologia: Trata-se de uma revisão integrativa de literatura utilizando as palavras-chave que obtiveram-se 61 artigos, dos quais 8 atenderam aos seguintes critérios de inclusão: Artigos com textos completos disponíveis em português, inglês e espanhol, publicados no intervalo de 2004 a 2014, em base de dados nacionais e internacionais. Resultados e Discussão: Foi encontrado pouca literatura acerca da temática. Dentre estes, a amostra expôs os principais desafios do controle da Diabetes Mellitus por idosos. Assim, esses obstáculos foram categorizados em três eixos para análise: Eixo 1: Comunicação dos profissionais de saúde sobre a doença; Eixo 2: Conhecimento sobre a doença; e, Eixo 3: Medidas de controle da doença. Conclusão: A revisão permitiu uma identificação dos desafios encontrados pelos idosos no controle de uma doença crônica que requer cuidados específicos e efetivos. O estudo foi realizado no local onde é mais fácil a promoção em saúde, portanto, diante dos achados, é imprescindível mudanças nas intervenções da Atenção Básica para que haja melhorias no cuidado desta população.

Introdução

O envelhecimento é um processo dinâmico no qual ocorrem alterações progressivas no organismo tornando-o mais susceptível a agressões intrínsecas e extrínsecas, aumentando de forma exponencial o aparecimento de doenças crônicas, como o diabetes mellitus (DM) (GUIMARAES *et al.*, 2004). Segundo o Ministério da Saúde (MS), entre 1950 e 2025, a população idosa no país crescerá 16 vezes, ao passo que população total crescerá cinco vezes, inserindo nosso país na sexta colocação em contingente de idosos no mundo com 34 milhões de pessoas (MOREIRA e CALDAS, 2007). No contexto do envelhecimento populacional brasileiro, associado ao aumento da expectativa de vida, configura-se o quadro de transição epidemiológica, expresso pela diminuição de doenças transmissíveis e consequente incremento das crônicas não transmissíveis (RIBEIRO, ROCHA e PAPIM, 2010)

Segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), em 2004, as doenças crônicas são responsáveis por 59,0% dos óbitos anuais e por 45,9% do total de enfermidades. O aumento de incidência do diabetes nos países em desenvolvimento é particularmente preocupante, visto que esta patologia é o principal fato de risco para cardiopatias e doenças cerebrovasculares e, frequentemente, ocorre associada à hipertensão arterial sistêmica (HAS), que desencadeia outros importantes problemas crônicos (HAMMERSCHM e LENARDT, 2010).

Na pessoa idosa, a forma mais frequente é o Diabetes Mellitus tipo II (DM2). A hiperglicemia, manifestação principal, ocasiona lesões em diversos órgãos e sistemas do organismo, principalmente coração, olhos, rins e sistema nervoso. A dislipidemia, muitas vezes associada, pode desencadear problemas cardiovasculares como hipertensão, aterosclerose, angina e infarto do miocárdio, fatores que influem na funcionalidade física, psicológica e social do portador, prejudicando sua adaptação e vida produtiva (LAZCANO-ORTIZ E SALAZAR-GONZÁLEZ, 2009).

As causas que interferem no tratamento do DM são relacionadas ao paciente, aos serviços de saúde, ao tratamento, à doença e também a algumas casas relacionadas À realidade social em que o paciente está inserido. A dificuldade para a adesão a tratamento regular é um dos problemas do idoso que, além de lidar com as modificações próprias do envelhecimento, deve adotar hábitos de vida que não faziam parte do seu cotidiano.

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo realizar levantamento bibliográfico das produções científicas acerca do idoso diabético na Atenção Básica buscando os principais desafios nesta temática.

Metodologia

O presente estudo utiliza-se de uma metodologia descritiva, do tipo revisão integrativa de literatura. O levantamento científico foi realizado nas bases de dados: SciElo (Scientific Electronic Library Online) e Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) permitindo o acesso ao Cochrane, no mês de agosto de 2014. Os descritores utilizados encontram-se indexados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) nos quais foram: Atenção Primária, Diabetes Mellitus, Enfermagem e Saúde do Idoso. Os conectivos utilizados foram somente AND. Os critérios de inclusão para estudo: artigos científicos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol; entre os anos 2004 e 2014 cujos textos estivessem disponíveis na íntegra e de livre acesso; estudos do tipo revisões, artigo original e teses. Como critérios de exclusão foram adotados os seguintes: Estudos do tipo relatos de caso e guias de práticas clínicas bem como aqueles cujas temáticas fossem de encontro aos objetivos almejados, fora do prazo determinado e estudos duplicados nas bases de dados. Para análise, os artigos foram categorizados em tabela para melhor visualização dos resultados do levantamento bibliográfico realizado. A discussão foi desenvolvida conforme a temática enquadradas em 4 eixos. Eixo 1: Comunicação dos profissionais de saúde sobre a doença; Eixo 2: Conhecimento sobre a doença; e, Eixo 3: Medidas de controle da doença.

Resultados e Discussão

A busca nos bancos de dados através dos descritores selecionados visaram obter uma amostra não muito extensa. Ao todo, foram encontrados 61 artigos, dos quais somente 08 se adequaram aos critérios de inclusão conforme expostos na Metodologia do presente trabalho. Os artigos analisados encontram-se discriminados, resumidamente, na Tabela 1 conforme autor, ano de publicação, objetivo do trabalho, abordagem/delineamento, quantidade de sujeitos trabalhos naquele estudo e os resultados parciais dos mesmos.

Tabela 1. Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa. Teresina – Pi, 2014

Referência	Objetivo	Abordagem /delineamento	Sujeitos	Resultados parciais
MEIRELES <i>et al.</i> , 2007	Investigar a população idosa atendidas por uma ESF	Quantitativo /descritivo-exploratório	57 idosos	Idosos com DM associada a demais comorbidades (HAS e osteoporose)
OLIVEIRA e ZANETTI, 2011	Analisar os escores de conhecimento e atitudes em relação à doença	Quantitativa /transversal	79 idosos	Idosos obtiveram escores baixos relacionados ao autocuidado e enfrentamento da doença
HAMMERSCHEIM e LENARDT, 2010	Refletir sobre o empoderamento como tecnologia educacional inovativa para o cuidado de si junto a idosos com diabetes mellitus	Relato de experiência	1 idoso	Idoso possui desconhecimento sobre a doença.
RIBEIRO, ROCHA e POPIM, 2010	Compreender o significado de qualidade de vida, segundo as experiências relatadas por idosos portadores de DM2	Qualitativa	12 idosos	Idosos possuem desconhecimento da doença.
ANJOS <i>et al.</i> , 2012	Comparar a capacidade funcional de idosos diabéticos e não diabéticos	Quantitativa /observacional-transversal	40 idosos	Idosos com DM possui capacidade funcional reduzida
SOUZA <i>et al.</i> , 2012	Analisar o cotidiano do cuidado do idoso com DM conforme os pressupostos teóricos de Leininger	Qualitativa	8 idosos	Idosos buscam controle da doença através da religiosidade, plantas medicinais e apoio de profissionais
CARVALHO <i>et al.</i> , 2013	Avaliar o serviço de atendimento da UBS à população idosa	Quantitativa	511 idosos	As ações da AB contribuem para melhora da compreensão sobre a doença
GRAUE <i>et al.</i> , 2013	Explorar as experiências e os	Qualitativa	21 profission	Profissionais não apresentaram

	desafios clínicos enfrentados por enfermeiros e auxiliares de enfermagem na prestação de cuidados de diabetes para idosos		ais de enfermagem e 12 acadêmicos de enfermagem	confiança, autonomia e conhecimento para trabalhar com idosos diabéticos
--	---	--	---	--

Segundo os oito artigos analisados, foi possível observar que nos anos de 2013, 2012 e 2010 houveram 2 publicações em cada ano, em 2011 e em 2007 publicaram-se somente um estudo em cada ano. Assim, observa-se que a temática é recente aos estudos científicos, conforme a população brasileira tem passado pela transição sociodemográfica. O banco de dados em que mais se obteve resultados foi na MedLine, com um total de 47 artigos científicos.

Os estudos predominaram no Brasil, principalmente nas regiões Sul e Sudeste do país com um total de 7 publicações e 1 proveniente do Reino Unido. Com isso pode-se observar a escassez de estudos nas demais regiões do país. Um grande aspecto para se destacar é que, culturalmente, as regiões Sul e Sudeste do Brasil possuem habitantes provenientes de outras áreas do mundo, principalmente, da Europa onde o cuidado com os idosos é mais efetivo, visto que essa região já tem passado pela mudança em sua sociedade referente à idade da população.

A abordagem/delineamento mais utilizada nestas pesquisas foi a qualitativa, no entanto, encontra-se equilibrada com as pesquisas qualitativas uma vez que houveram 4 e 3 publicações, respectivamente, e somente um relato de experiência. A captação de dados referentes aos idosos possuem a peculiaridade da subjetividade em que as situações destes indivíduos estão sujeitos, ou seja, aplicação de questionários objetivos pode não revelar a situação real das dificuldades desta população.

Assim, em vista das características dos achados científicos bem como diante da análise dos resultados dos mesmos que trazem os principais obstáculos do idoso diabético na Atenção Básica, categorizou-se a temática em três eixos: Eixo 1: Comunicação dos profissionais de saúde sobre a doença; Eixo 2: Conhecimento sobre a doença; e, Eixo 3: Medidas de controle da doença

Eixo 1: Comunicação dos profissionais de saúde sobre a doença

Neste eixo, a literatura trouxe artigos que frisaram bastante o quesito da necessidade que os profissionais de saúde em possuir competência na comunicação com os pacientes. No estudo de SOUZA *et al.*, 2012, “ficou demonstrada a importância do profissional de saúde para o tratamento dos idosos, existindo uma relação de confiança nos profissionais”. Na publicação de MEIRELES *et al.*, 2007 é destacados os principais pontos referentes a importância da Atenção Básica em que “a equipe de saúde, em especial a da enfermagem, conheça cada idoso em sua unicidade e singularidade, visto que ações dessa natureza facilitam o planejamento dos cuidados no atendimento de suas necessidades e especificidades” bem como “a Unidade Básica de Saúde (UBS) seja o primeiro local de acesso aos serviços de saúde que necessita fornecer serviços de qualidade, com base em um sistema de referência e contra-referência integrado e resolutivo”. Os mesmo autores frisa ainda que “o enfermeiro deve proporcionar ao idoso e à sua família todo o atendimento possível”.

Eixo 2: Conhecimento sobre a doença

Assim, este eixo vem a complementar o primeiro eixo, pois através da comunicação efetiva com o profissional de saúde, o paciente obtém informações necessárias e cruciais para o autocuidado com a doença e capacidade funcional. O estudo realizado por OLIVEIRA e ZANETTI, 2011, traz dados referentes aos escores acerca do conhecimento sobre a doença, cujos resultados mostraram-se inferiores ao esperado bem como o relato de dificuldades para o enfrentamento da doença, principalmente, nos quesitos de desconhecimento sobre a patologia.

Além da carência de informações por parte dos pacientes, o presente estudo encontrou na publicação de GRAUE *et al.*, 2013, a deficiência do conhecimento de controle do diabetes mellitus por partes dos profissionais e acadêmicos de enfermagem. O que pode vir a ser a justificativa da comunicação ineficaz exposta pelo eixo 1 do presente estudo junto ao conhecimento deficiente dos pacientes conforme explanado no eixo 2.

Eixo 3: Medidas de controle da doença

Assim, em vista da comunicação deficiente junto ao desconhecimento da doença, foi categorizado o presente eixo relacionado às medidas de controle de diabetes mellitus conforme a situação encontrada pelos eixos anteriores. O estudo de SOUZA *et al.*, 2012 trata-se de uma abordagem qualitativa o que proporcionou um estudo minucioso visto que as medidas diante da falta de conhecimento são inúmeras. No estudo prevaleceram o uso de plantas medicinais cujos pacientes aprendem com vizinhos e parentes a preparar chás pois “ouviam dizer que é bom pra diabetes mellitus”. Além do uso da fitoterapia, outro meio bastante usado para o controle da doença foi a religiosidade. Portanto, observa-se o uso de alternativas não medicinais que podem acarretar em danos uma vez que não se sabem todas as procedências dos chás utilizados além da necessidade da ingestão de hipoglicemiantes que não é realizado, o que deve nos tornar alertas aos perigos das complicações da diabetes mellitus.

Conclusão

A revisão integrativa realizada, ainda que com uma quantidade reduzida de publicações, mostrou-se efetiva, expondo muitas problemáticas relacionadas a temática e que devem ser estudadas mais aprofundadas em busca de melhorias uma vez que os resultados mostraram dados que devem levar a reflexão, como enfermeiros e acadêmicos com déficit de conhecimento acerca de diabetes mellitus bem como o uso de métodos alternativos pela população devido a falta de comunicação e conhecimento. São dados preocupantes que diante do crescimento da população idosa e dos agravos de doenças crônicas devem ser exploradas a fim rever metodologias no principal meio de promoção em saúde: a Atenção Básica.

Referências

ANJOS, D M da C dos et al. Avaliação da capacidade funcional em idosos diabéticos. **Fisioter. Pesqui.** [online]. 2012, vol.19, n.1, pp. 73-78. Acesso em 03 de Agosto de 2014

CARVALHO V C H dos S de, ROSSATO S L, FUCHS F D, FUCHS S C. Assessment of primary health care received by the elderly and health related quality of life: a cross-sectional study. **BMC Public Health** 2013, 13:605. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/605> Acesso em 08 de Agosto de 2014

GUIMARÃES LHCT, GALDINO DCA, MARTINS FLM, VITORINO DFM, PEREIRA KL, CARVALHO EM. Comparação da propensão de quedas entre idosos que praticam atividade física e idosos sedentários. **Rev Neurocienc.** 2004;12(2):68-72

GRAUE M, DUNNING T, FJELDE HAUSKEN M, ROKNE B. Challenges in managing elderly people with diabetes in primary care settings in Norway. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, 2013; 31: 241–247

HAMMERSCHMIDT, K S de A, LENARDT, M H. **Texto contexto - enferm.** [online]. 2010, vol.19, n.2, pp. 358-365. Acesso em 08 de Agosto de 2014

LAZCANO-ORTIZ M, SALAZAR-GONZÁLEZ BC. Adaptación en pacientes com diabetes Mellitus tipo 2 según modelo de Roy. **Aquichan.** 2009;9(3): 236-45

MEIRELES, V C, MATSUDA, L M, COIMBRA, J A H, MATHIAS, T A de F. Características dos idosos em área de abrangência do Programa Saúde da Família na região noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. **Saude soc.** [online]. 2007, vol.16, n.1, pp. 69-80.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus.** Brasília: DF; 2006

MOREIRA MD, CALDAS CP. O cuidador e a saúde da pessoa idosa. **Esc Anna Nery.** 2007; 11 (3): 520 – 25

OLIVEIRA, K C S de e ZANETTI, M L. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um serviço de atenção básica à saúde. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2011, vol.45, n.4, pp. 862-868. ISSN 0080-6234. Acesso em 08 de Agosto de 2014

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde.** Brasília (DF): OPAS; 2004

RIBEIRO, J P, ROCHA, S A, POPIM, R C. Compreendendo o significado de qualidade de vida segundo idosos portadores de *diabetes mellitus* tipo II. **Esc. Anna Nery [online]**. 2010, vol.14, n.4, pp. 765-771. Acesso em 03 de Agosto de 2014

SOUZA, Nayana Maria Gomes et al. Visão do mundo, cuidado cultural e conceito ambiental: o cuidado do idoso com diabetes Mellitus. **Rev. Gaúcha Enferm. [online]**. 2012, vol.33, n.1, pp. 139-146. Acesso em 03 de Agosto de 2014.

Agradecimentos

À Deus por todos os dias me dar a oportunidade de prosseguir meu caminho em meio a tantas conflitos com força, à Prof.^a Dr.^a Maria Helena Barros Araújo Luz pela confiança em meu trabalho, às oportunidades nos últimos ano em minha graduação junto a pesquisas proporcionando-me crescimento acadêmico e pessoal. As minhas colegas Clara Ananda Santos Maria dos Remédios Santos e Ana Carolina Coimbra que fazem do meu dia-a-dia mais tolerável e feliz. E a todos que diretamente ou indiretamente fazem parte dessa minha caminhada como futura enfermeira.

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: ASSISTÊNCIA E VÍNCULO COM O SERVIÇO

July Grassiely de Oliveira Branco. UNIFOR- ulybranco.upa@gmail.com

Francisca Leonice Camelo Gomes. UNIFOR

Fátima Luna Pinheiro Landim – UNIFOR

Zélia Maria de Araújo Souza Santos - UNIFOR

Juliana Brito Cavalcante. UNIFOR

Bruna Caroline Rodrigues Tamboril – UNIFOR

Email: julybranco.upa@gmail.com

Palavras-chave:Saúde Mental. Acesso aos Serviços de Saúde. Atenção Primária à Saúde.

.

Resumo

O presente estudo aborda representações de familiares e pessoas em sofrimento psíquico acerca do aceso e da resolutividade do Estratégia Saúde da Família, cidade de Fortaleza, Estado do Ceará. A abordagem é qualitativa, do tipo descritivo. Foi aplicado um roteiro

semiestruturado de entrevista junto a dez pessoas com algum sofrimento psíquico; e a três familiares do cuidado. Na sequência, processou-se o *corpus* conforme orienta a técnica da análise de conteúdo, dando origem aos sistemas classificatórios (categorias): 1) Percepção dos usuários sobre o acesso; e 2) Registrou-se satisfação dos usuários relativa as estratégias de acolhimento. A satisfação com o atendimento guarda estreita relação com a prescrição e entrega de medicamentos psicotrópicos. Ações pontuais de saúde mental foram detectadas na unidade pesquisada; sendo Terapia Comunitária uma relevante alternativa para criar vínculo com os usuários – além de favorecer a adesão aos tratamentos. Mesmo com insatisfações relacionada a demora nos atendimentos, as dificuldades do acesso e da continuidade da assistência, foi notória a utilização dos serviços básicos de saúde como um “nodo” dentro o itinerário terapêutico de usuário e familiar.

Introdução

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2008), estudos regionais realizados em serviços de base comunitária no Brasil indicam altos níveis de transtornos mentais. Por exemplo, *surveys* realizados em São Paulo, Brasília e Porto Alegre revelaram que 22% dos usuários de serviços da atenção básica em saúde sofriam de um transtorno mental – os distúrbios que prevaleceram foram respectivamente: tabagismo (9%), transtornos de ansiedade (6%), transtornos do humor (5%), abuso e dependência de álcool (4%) e transtornos somatoformes (3%).

O Brasil encontra-se em plena vivência do movimento da Reforma Psiquiátrica mundial. O referido movimento objetiva a superação da desassistência e da violência nos espaços manicomiais. Novos espaços políticos, jurídicos, de intervenção e de assistência surgem em prol da dignidade dos “loucos” (BRASIL, 2005). Nessa direção, a política de Saúde Mental no Brasil tem avançado com o fechamento de hospitais psiquiátricos, promovendo o aumento da oferta de leitos em hospitais gerais e a criação dos Centros de Assistência Psicossocial (CAPS). Também outros dispositivos e estratégias de intervenções são pensados para que não se afaste a pessoa dos seus espaços de sociabilidade mais primários, como a família.

Toda a Reforma assenta-se, portanto, em princípios tais como o da humanização e o da integralidade da assistência aos sujeitos (BRÊDA *et al.*, 2005), de maneira que a ampliação da rede de serviços de saúde valoriza os espaços comunitários, com intervenções territoriais centradas em necessidades reclamadas. Por outro lado, falar de uma rede assistencial ampla (e integrada) implica em novos modos de tratar e acolher, de forma efetiva e diversificada, o sujeito em sofrimento mental; considerando peculiaridades da sua vida diária, bem como os seus espaços mais naturais de vivência.

É nesse sentido que a saúde mental deve ser entendida como um campo de intervenção prioritário também para as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Não é viável concentrar esforços somente na rede substitutiva encabeçada pelos CAPS, mas é preciso estender este cuidado a todos os níveis de assistência, em especial, à Atenção Básica – que possibilita um primeiro acesso as pessoas já no território, prevenindo, identificando e tratando (BRASIL, 2010).

A Organização Mundial da Saúde (2008) preconiza a integração dos dispositivos da rede de saúde mental com a atenção primária. Nessa perspectiva são princípios fundamentais: elaboração de políticas de saúde que incorporarem cuidados primários para esta modalidade; formação adequada dos profissionais de cuidados primários; disponibilidade de profissionais e instituições de saúde mental, especializados para o apoio em tais cuidados; acesso a medicamentos psicotrópicos; colaboração com organizações não governamentais de saúde; e a integração dos planos terapêuticos como processo e não como um evento.

A diretriz conceitual do Ministério da Saúde sugere que as prioridades políticas sejam direcionadas para a expansão e a qualificação da Atenção Básica. Constituída pela estratégia Saúde da Família, deve essa superar práticas centradas na doença, tomando medidas sanitárias e gerenciais democrático-participativas; dirigidas às populações de territórios delimitados, e pelos quais são responsáveis (BRASIL, 2010).

De outro lado, tanto no passado quanto na nova organização do atendimento à pessoa em sofrimento psíquico, há necessidade do apoio familiar no sentido de conduzir o cidadão aos serviços de atenção psicossocial para o acompanhamento de rotina – principalmente nos momentos de crise. Destarte, algumas produções científicas sinalizam que houve um aumento das dificuldades para as famílias acompanharem seus familiares doentes; isso em decorrência do processo acentuado da desinstitucionalização (GONÇALVES, 2001).

Desde sempre, Conforme Duarte (2008), a pessoa considerada “louca” era excluída da sociedade e seus direitos eram negados; inclusive o de se manifestar. O “louco” não deveria falar, e falando não merecia ser levado em consideração. Portanto, obter dos atores envolvidos a representação acerca do atendimento em saúde mental é relevante, primeiro pelo potencial de sinalizar os reflexos do modelo de assistência em termos de satisfação dos seus beneficiários; depois, pode acenar para influências com procedência na comunidade e na nova organização do serviço, que traz como prioridade o atendimento em saúde mental de transtornos leves.

Desta forma, temos como objetivo, analisar o atendimento da saúde mental e a presença de elementos para criação de vínculo entre a atenção e os usuários, mais seus familiares.

Estudos nessa temática podem permitir posteriores avaliações acerca dos efeitos das representações culturais da pessoa em sofrimento mental e as de seus familiares sobre os vínculos realizados. Também é possível avaliar consequências disto para a consolidação da nova ordem de atendimento em saúde mental em nossa capital.

Metodologia

Estudo descritivo de natureza qualitativa, desenvolvido em uma Unidade Básica Saúde da Família (UBASF) pertencente à Secretaria Executiva Regional II (SER II), do município de Fortaleza, no Estado do Ceará.

O recrutamento dos participantes do estudo foi iniciado pela indicação de profissionais da UBASF (escolhida para o estudo). Eram usuários com histórico de algum sofrimento psíquico, com idade igual ou superior a dezoito anos, apresentando condições emocionais e físicas para participar do estudo. Na ausência de tais condições, a ação investigativa dos entrevistadores passou a ter como foco os seus familiares-cuidadores. Deste modo, foi utilizado o critério de saturação de dados (MINAYO, 2010) para a definição da quantidade de participantes.

A coleta de dados ocorreu após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética e foi realizada durante o período de dois meses por meio da técnica de entrevista semiestruturada. Os sujeitos da pesquisa foram treze pessoas; dentre elas, três familiares de pacientes e dez usuários, que foram abordados oportunamente quando frequentavam o serviço de saúde, por ocasião da terapia comunitária ou da consulta médica. As entrevistas foram registradas em dispositivo digital e transcritas.

O processamento dos dados ocorreu através da Análise de Conteúdo, de acordo com Bardin (2008). Como produto final foram geradas duas categorias: 1) Percepção dos usuários sobre o acesso e estratégias de atendimento; e 2) Percepção dos usuários sobre o vínculo com o serviço.

Foram respeitados os aspectos éticos e legais da Resolução 466/12, por tratar-se de um estudo que envolve seres humanos, com aprovação do parecer Nº 573.555.

Resultados e Discussão

O gritante problema da ação medicamentosa, e do seu uso excessivo como tentativa de resposta eficiente aos problemas apresentados pelos pacientes, não neutraliza a insatisfação dos usuários do sistema. Na perspectiva de alguns usuários o atendimento no serviço de saúde causava insatisfação por ser demorado e burocrático. Um marcador era a longa espera em filas; fosse presencial ou eletrônica: *“Esse Posto aí é uma morte. Se for para morrer, morre! [...] Se for pra eu marcar ficha, vão marcar para o outro mês, mês que vem... Por que aí, é assim!” (E4)*

“O negócio de agendamento eu não acho certo. Eu não concordo! Se a pessoa tiver doente, está precisando de uma coisa. Por exemplo, eu estou doente, tem que ser para hoje, não para outro mês... dois meses, até três meses. Acha que isso vai dar resultado? Não vai! De hoje há dois ou três meses já estou boa. Vou fazer o que no médico? Vou fazer o que no Posto?” (E4)

Como se pode constatar, por meio da fala dos participantes da presente pesquisa, ter acesso ao sistema público de saúde é um ato que exige muito esforço, persistência e paciência. É válido ressaltar que é recorrente a afirmação de longas esperas por atendimento, sendo comum aos usuários acordar de madrugada para conseguir vagas no atendimento público. Uma das queixas frequentes está relacionada ao número reduzido de fichas de atendimento, fato que os obrigavam a saírem de casa, em horários que a violência (assaltos e agressões) na comunidade se torna mais presente (TRAD *et al* 2002).

A pesquisa de Coelho, Jorge e Araújo (2009), desenvolvida no município de Fortaleza, evidenciou que camadas sociais mais carentes da população chegam às UBASF, muitas vezes, por terem vivenciado dificuldade de acesso a outros níveis de atenção do sistema de saúde. Os resultados do estudo concluíram que usuários podem permanecer numa fila de espera até por um ano ou mais tempo, fato que também comprometia o acesso aos serviços especializados. Esse é o contrassenso do discurso de que a porta de entrada para o atendimento na rede de saúde é representada pela Unidade Básica.

Na realidade do presente estudo, constatou-se ainda que uma vez comprometido o acesso ao serviço de atenção básica, a estratégia da Terapia Comunitária desenvolvida na Unidade de Saúde era usada como alternativa para a assistência, a manutenção de vínculos e o favorecimento da adesão aos tratamentos. Os relatos abaixo exemplificam o modo como esta estratégia se configurava em um espaço de escuta, não gerando custo para usuário, fortalecendo seu elo com o serviço de saúde:

“Estou bem, graças a Deus! Gosto (da Terapia Comunitária) porque é a única coisa que tem pra gente conversar um pouco. A gente chega aqui, ela pergunta como a gente passou o dia, como está se sentindo... Eu estou gostando muito!” (E2)

“Continuo lá (no CAPS), mas eles sabem que eu faço terapia aqui. Eles sabem que eu sou acompanhada aqui na terapia. Eles mandam que a gente faça! Eu não vou deixar de fazer aqui mais perto, para ir lá para o CAPS. Porque tem lá no CAPS. Mas, tem que pagar ônibus, e eu não tenho dinheiro. Nem todo dia a gente tem... Eu não sou aposentada, eu não tenho!” (E5)

A Terapia Comunitária vem, assim, consolida-se como uma tecnologia de cuidado, que pode ser utilizada no PSF para a promoção da saúde, prevenção e tratamento do sofrimento psíquico, fortalecimento de vínculos com a comunidade, construção de redes de apoio e

inclusão social (GUIMARÃES; FERREIRA FILHA, 2006). Conforme preconiza, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem apontado para um modelo de saúde de base comunitária, buscando atender a demanda de pessoas em situação de sofrimento psíquico nos diferentes níveis de atenção em saúde. Nesses termos, é de suma importância uma “terapia comunitária” realizada no sentido de pessoas obterem maior compreensão de si e do outro, desenvolvendo capacidades e transformando os espaços familiar e social. Destaca-se, ainda, a possibilidade de realização de atividades de lazer a partir dos encontros grupais.

Constitui um espaço de escuta, reflexão e troca de experiências, criando uma teia de relação social, na busca de soluções para os conflitos pessoais e familiares (ROCHA *et al.*, 2009). Dentre os benefícios da terapia pode-se destacar a importância de receber atenção de forma coerente, de ter uma escuta qualificada, que promova a aproximação do usuário por conquistar sua confiança: *“Eu me senti muito bem conversando com ela (a médica do PSF). Ela me deu bastante atenção, ouviu o meu caso bastante tempo, passou vários exames, encaminhou para o neurologista, para o CAPS...”* (E6)

“Eu sou muito bem atendida aqui. Só o problema que tem é na hora da fila. É muita gente! Aí, fica dizendo que eu estou na frente, que quero entrar na frente. Aí, começa a briga. Quando é no fim, a fila se atrapalha todinha e ninguém sabe nem quem é quem!” (E10)

“Eu, estava vindo para o doutor. Eu não arrumei nem ficha. Pedi foi logo licença a ele, e entrei! Deus é tão bom que tudo dava certo aqui! Quando eu cheguei aqui, sem ficha e sem nada, saí feito uma doida... Saí pelo Posto e vi a sala do doutor aberta e ele escrevendo. Aí eu disse: – Doutor, eu posso falar contigo? Ele disse: – Entre, pode vir! Aí, eu falei com ele, tudo.” (E10)

Reforçando o que alguns autores citados sugeriram, Tanaka e Ribeiro (2009) afirmam que profissionais da atenção básica apresentam baixa capacidade de reconhecer problemas de saúde mental na clientela. O fenômeno guarda relação com deficiência na formação e carência de possibilidade de atuação concreta frente à queixa ou hipótese diagnóstica. A incorporação dos aspectos psicossociais na prática cotidiana da atenção básica possibilitaria a ampliação do conceito de saúde, abrindo um leque para as abordagens de situações de sofrimento psíquico.

O desafio de profissionais da Unidade básica para cumprir com procedimentos, especificamente, para identificar o usuário que demanda atendimento em saúde mental, ficou explícito na fala abaixo:

“Sempre que eu chego aqui falo educadamente, conversando. Os profissionais acham que a pessoa que tem um distúrbio, a pessoa que tem um sofrimento mental é uma pessoa grosseira, pessoa bruta e desequilibrada... Mas, às vezes, até numa conversa, a pessoa percebe que tá faltando alguma coisa na pessoa.” (E6)

Percebeu-se que alguns usuários do serviço de saúde encontravam-se insatisfeitos com o fato de o atendimento em saúde mental ocorrer na unidade básica de saúde, e não no CAPS. Em outros relatos, ficou clara a preferência dos entrevistados pelo atendimento no CAPS, mesmo ante a dificuldade de acesso: *“Pelo clínico fica mais difícil. Eu acredito! O clínico não dá o diagnóstico. É o psiquiatra quem dá, porque ele é formado para aquele tipo. Só acho ruim que é distante! Você tem que se deslocar. Mas é melhor você se deslocar e ser atendida bem.”* (E6)

“Ela (médica clínica) só passa a receita e diz: – tchau! Ela sabe que já tem tudo anotado. Ela sabe que eu já conheço. Não é de agora que eu tomo (a medicação). Que eu já tomei. Então, não precisa explicar várias vezes. Ela só pergunta se está tomando, se é o remédio que o médico passou mesmo, e pronto!” (E7)

Como se pode constatar por meio dos depoimentos, a forma de acolher, considerando determinados profissionais, justifica a preferência dos entrevistados pelo atendimento no CAPS. Não se pode desprezar o fato de que a proximidade com o domicílio facilita todo o processo: *“Nem toda hora tem o dinheiro (para o deslocamento).”*

“Acho bom no posto porque é mais perto. Não precisa a gente gastar com duas passagens. Às vezes a farmácia lá só abre uma hora da tarde. Aí, tem a consulta, tem que esperar até uma hora, lá. Aí, eu ganho um vale-transporte, às vezes... Tenho que voltar de novo pra pegar meus remédios, aí tenho que gastar mais passagem.” (E8)

Alguns aspectos devem ser considerados para compreender o perfil de utilização e conhecimento dos serviços de saúde pela população, na percepção de Scochi *et al* (2008). Dentre as mencionadas pelos autores, destaca-se que o serviço, ao encaminhar, deve observar a proximidade com a residência do usuário. Outros fatores que influenciam na procura e utilização de um ou outro serviço é o grau de resolutividade e a falta de opção.

Conclusão

Ao final, o conjunto de observações válidas e significativas reforça a real importância de se repensar as práticas e estruturas no atendimento de pessoas em sofrimento psíquico pelas Unidades básicas de saúde.

Há registro de satisfação do usuário relacionada com a prescrição e entrega de medicamentos em um serviço próximo de casa, como é o caso das UBS, mas, por outro lado, queixas relacionadas com a falta de qualificação profissional. Na ausência de uma clínica especializada, a Terapia Comunitária vem ocupando importante papel na criação de vínculos e adesão aos tratamentos medicamentosos.

Mesmo com insatisfações relacionado a demora nos atendimentos, as dificuldades do acesso e da continuidade da assistência, foi notória a utilização dos serviços básicos de saúde como um nodo na rede de itinerários terapêuticos de família e pessoa em sofrimento.

Referências

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Edições 70. Lisboa: 5a ed. 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil, **Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental**. Brasília, nov. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica/ Secretaria de Atenção à Saúde, **Política Nacional de Humanização**, v. 2, 256 p. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2013.

BRÊDA, Mércia Zeviani *et al.* Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p.450-452, maio 2005. Bimestral. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000300021&lng=en&nrm=is>. Acesso em: 04 set. 2013.

COELHO, Marcia Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa; ARAUJO, Maria Elidiana. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 33, n. 3, jul. 2009, p.440-452.

DUARTE, Ronaldo Alves. **Tratando a família**: reflexos e reflexões sobre família e saúde mental. Divinópolis, 2008. 175 p. Dissertação (Mestrado) em Educação Cultura e Organizações Sociais. Universidade Estadual de Minas Gerais.

FERREIRA FILHA, Maria de Oliveira *et al.* A terapia comunitária como estratégia de promoção à saúde mental. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 4, n. 11, p.70- 964, 31 dez. 2009. Trimestral. Disponível em: <www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a22.pdf>. Acesso em: 10 set. 2013.

GONCALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino- Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, abr. 2001.

GUIMARAES, Fernanda Jorge. **Repercussões da Terapia comunitária no cotidiano de seus participantes**. 2006. 132 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem em Saúde Pública, Departamento de Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12o ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

OMS. Organização Mundial de Saúde/Organização Panamericana da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo. **Saúde mental**: nova concepção, nova esperança. Genebra, 2001.

ROCHA, Lanine Alves da *et al.* A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, 2009, p.94-687.

SCOCHI, Maria José *et al.* Conhecimento e utilização de serviço de atenção básica em saúde por famílias em. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, p.347-343, out. 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/8033>>. Acesso em: 04 out. 13.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; RIBEIRO, Edith Lauridsen. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciências e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, abr. 2009.

TRAD, Leny Alves Bomfim *et al.* Estudo etnográfico da satisfação do usuário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p.581-589, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n3/13034.pdf>>. Acesso em: 03 ago. 2013.

SAÚDE, CURA E ESPIRITUALIDADE: AS NARRATIVAS PROFISSIONAIS EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Autor 1-MARIA ANAKLEBIA LEITE VILAROUCA- FACULDADE VALE DO SALGADO- anaklebia.ce@hotmail.com

Autor 2 – RAFAELA ALVES DE SOUSA-FACULDADE VALE DO SALGADO

Autor 3 – KERMA MARCIA DE FREITAS-FACULDADE VALE DO SALGADO

Autor 4 – ILDERNANDES VIEIRA ALVES– FACULDADE VALE DO SALGADO

Autor 5 – ANA PHAULA DE SOUSA PEREIRA-FACULDADE VALE DO SALGADO

Autor 6 - JOSUE BARROS JUNIOR-FACULDADE VALE DO SALGADO

Palavras-chave:Saúde. Espiritualidade. Estratégia Saúde da Família.

Resumo

A espiritualidade é definida como uma busca humana pelo significado da vida por meio de conceitos que transcendem o tangível: um sentido de conexão com algo maior que si próprio. Este trabalho busca contribuir, principalmente, para um repensar da prática cotidiana dos profissionais de saúde inseridos na atenção básica, visto que reflete sobre aspectos relacionados à subjetividade humana no processo de adoecimento e de cura. Objetivou-se analisar a percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre espiritualidade e saúde no cotidiano da atenção básica. Usou-se um estudo explicativo com abordagem qualitativa, o cenário do estudo utilizado foi a ESF Cidade Nova, ICÓ-CE, os sujeitos da pesquisa foram 16 profissionais da ESF Cidade Nova, sendo eles Enfermeiros, Médicos, Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. Observou-se que o cuidado espiritual ao paciente caracteriza um desafio subsidiado pela formação, maturidade, habilidade, serenidade e sensibilidade às reais necessidades do outro. Percebeu-se que a dimensão espiritual

formará um novo paradigma social onde beneficiará a saúde integral da pessoa e capacitará o profissional a lidar com o paciente. Sendo assim, espera-se que esse estudo venha contribuir para a melhoria no atendimento e na qualidade de vida dos pacientes assistidos na unidade básica de saúde, trazendo novos conhecimentos, e mostrando a importância da espiritualidade inserida nesse contexto, no intuito de oferecer uma visão ampla aos profissionais nessa temática, trazendo benefícios para os mesmos e para os pacientes.

Introdução

A espiritualidade é definida como uma busca humana pelo significado da vida por meio de conceitos que transcendem o tangível: um sentido de conexão com algo maior que si próprio, que pode ou não incluir uma participação religiosa referindo-se a um amplo domínio da subjetividade humana, refletindo nos valores e ideais mais preciosos das pessoas, assim como o senso de quem são, as suas crenças, o significado e o propósito de suas vidas junto à conexão que elas estabelecem com os outros e com o mundo em que vivem (KING MB; KOENIG HG, 2009).

No cuidado em saúde desenvolvido na atenção básica, o Ministério da Saúde prioriza o desenvolvimento de ações através da Estratégia de Saúde da Família, que atuam numa visão de superação da antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas participativas e educativas, sob a forma de trabalho em equipe dirigido às populações de territórios delimitados (BRASIL, 2004).

Vasconcelos (2010) esclarece que a educação popular trabalha pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, através de formas coletivas de aprendizado e de investigação, promovendo a análise crítica sobre a realidade e as estratégias de luta e de enfrentamento para que o desenvolvimento da espiritualidade permite ao profissional da saúde integrar em si as dimensões racional, sensitiva, afetiva e intuitiva as quais permitirão uma maior proximidade com a pessoa sob seus cuidados e melhores condições de lidar com as situações de crise que a envolvem.

Nesse estudo objetivou-se analisar a percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre espiritualidade e saúde no cotidiano da atenção básica, além de conhecer a teoria e pratica dos profissionais sobre a temática, observando como o conceito de espiritualidade influencia nas praticas profissionais da equipe.

Metodologia

Tratou-se de um estudo explicativo com abordagem qualitativa, Os sujeitos da pesquisa foram 16 profissionais da ESF Cidade Nova na cidade de Ico-CE. Sendo eles Enfermeiros, Médicos, Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. Como critérios de inclusão estabelecidos os componentes da pesquisa devem ter vínculo empregatício e fazer parte da equipe multiprofissional de saúde na Estratégia Saúde da Família Cidade Nova. Como método de geração de dados, fixamos nossa atenção na utilização da entrevista narrativa (gravada na íntegra) e para análise dos dados procuramos analisar as narrativas no discurso dito e interdito dos profissionais, através de seis passos (SCHUTZ, 1983): Transcrição detalhada das expressões verbais dos entrevistados; Divisão do texto em material indexado e não indexado. As proposições indexadas tendo como referência concreta “quem fez o quê, quando, onde e por quê”, enquanto que as proposições não indexadas levam em conta os acontecimentos, os valores, juízos e toda forma de uma generalizada “sabedoria de vida”; Uso dos conteúdos indexados do texto, para analisar o ordenamento dos acontecimentos de cada pessoa em suas trajetórias; Investigação das dimensões não indexadas do texto, como “análise do conhecimento”; Compreensão do agrupamento e comparação entre as trajetórias individuais; Comparação de casos e trajetórias individuais, dentro do contexto, e estabelecimento das semelhanças. Este processo nos permitiu a identificação das trajetórias coletivas. Como exigido, o estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Leão Sampaio através da Plataforma Brasil, para análise dos preceitos ético-legais (autonomia, não maleficência, beneficência e justiça) recomendados na resolução nº 466/12 sobre pesquisas envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde-Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Resultados e Discussão

Com base nos discursos e experiências dos profissionais, foram abordados seus relatos e desabafos, separando por categorias e fazendo um comparativo á luz da literatura, a partir das categorizações a seguir: **“ESPIRITUALIDADE X SAÚDE”**: *“quando as duas andam juntas o resultado é bem melhor, pois tudo depende de como o seu espírito está, se há confiança, se há fé, pois muitas vezes não há doença e sim algo interior, ou seja, as vezes não é algo no corpo e sim na alma”*. **ESPIRITUALIDADE NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**: *“muitas vezes as pessoas vem ao posto não em busca de um remédio, mas em busca de um apoio, um conselho, por isso o profissional deve estar capacitado para poder dar uma injeção de animo nessa pessoa.* **PACIENTE TERMINAL E ESPIRITUALIDADE**: *tenho algumas experiências, uma vez me deparei com a seguinte situação: Eram dois pacientes em estado terminal, porem um tinha espiritualidade, fé e confiança, ele confiava que o amanha iria ser bem melhor. Já o outro não tinha fé nem confiança, estava sempre triste e pensando na morte. São duas realidades diferentes, porem o paciente que tinha espiritualidade conseguiu viver mais e com mais qualidade de vida, já*

o que não tinha morreu bem mais rápido. Mas eu não sabia o que fazer diante dessa situação”. Ainda dentro dos achados, caracterizou-se 03 dimensões: “BIOLÓGICAS, “PSIQUÍCAS” E “CULTURAIS”; e dentro dessas, várias narrativas metafóricas: cura, qualidade de vida, bem estar, fé, confiança, compaixão, dentre outras que vislumbram o seu dia a dia na instituição.

Conclusão

Percebeu-se que é preciso vocação, dedicação, treinamento e uma experiência de vida para incluir, no cuidado ao paciente na dimensão espiritual, realizando um resgate da espiritualidade, respeitando suas crenças e agindo com bioética.

Todos os entrevistados viram a importância de incluir o cuidado espiritual às tarefas técnicas prestadas ao paciente, pois são os profissionais da unidade básica que estão em constante contato com o paciente e que é necessário humanizar e resgatar os valores subjetivos.

O cuidado espiritual é permanecer sensíveis e abertos para falar aquilo que sentimos ser o melhor para o paciente e sua família. É nessa relação que encontramos e descobrimos a forma e o momento correto de falar, como falar e o que falar.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção básica e a saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:<<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em: 5 AGOSTO. 2013.

KOENIG, H.G. **Espiritualidade no cuidado com o paciente: por que, como, quando e o quê**. 1º ed. Editora Jornalística, 2005.

SCHUTZ, A. **Collected Papers**. . IV Edição. Dordrecht: Kluwer. 1983.

VASCONCELOS, E. M. (org.). **Espiritualidade no trabalho em saúde**. São Paulo:

Hucitec, 2010.

Agradecimentos

Agradecemos a FACULDADE VALE DO SALGADO e em especial a coordenação do curso de Enfermagem que tem nos incentivado e apoiado de todas as maneiras possíveis.

SEDENTARISMO E SUA RELAÇÃO COM A SÍNDROME METABÓLICA ENTRE UNIVERSITÁRIOS

Janne Kelly Alves de Alencar 1 – Universidade Federal do Piauí; E-mail: janinha0072007@hotmail.com

Anael Queirós Silva 2 – Universidade Federal do Piauí - UFPI

Gerdane Celene Nunes Carvalho 3 – Universidade Estadual do Piauí - UESPI

Mayla Rosa Guimarães 4 – Universidade Federal do Piauí - UFPI

Reângela Cíntia Rodrigues de Oliveira Lima 5 – Universidade Federal do Piauí - UFPI

Ana Roberta Vilarouca da Silva 6 – Universidade Federal do Piauí - UFPI

Palavras-chave: Sedentarismo. Prevalência. Síndrome X Metabólica.

Resumo

Objetivo: Analisar a relação do sedentarismo com os componentes da Síndrome Metabólica (SM) entre universitários. **Metodologia:** Estudo descritivo, realizado com 148 universitários da rede pública de ensino, no período de janeiro e fevereiro de 2013, através de um formulário e coleta de sangue para análise laboratorial. **Resultados e Discussão:** 88,5% eram mulheres, com idade de 21,2 anos, 58,1% da cor parda, 92,6% apenas estudavam, 43,9% foram classificados dentro da classe econômica B1 ou B2, a média da renda foi de R\$ 2004,26; 93,9% eram solteiros e 40,5% moravam com amigos; 97,9% nunca fumaram, no concernente ao etilismo houve predominância da Zona II com 56,1%; 12,1% tinham excesso de peso, 2,0% CA aumentada, 80% eram sedentários, 23,6% triglicerídeos elevados, 63,5% HDL baixo, 2,7% Pressão Arterial na condição limítrofe e 2,7% glicemia de jejum elevada. Pode-se observar que dos estudantes que apresentavam sedentarismo 3,4% tinham elevação dos níveis pressóricos, 2,5% elevação na glicemia venosa, 24,5% triglicerídeos

aumentados, 30,5% HDL baixo e 6,0% CA aumentada, todos sem representação estatisticamente significativa ($p > 0,05$). De todos os sedentários, 12% tinham dois fatores de risco associados para SM e apenas 2,5% três fatores, com destaque para o HDL baixo. **Conclusão:** Este estudo mostrou que o sedentarismo poderá predispor o indivíduo a SM, se relaciona de forma mais incidente com o HDL baixo. Que demonstra a necessidade de incentivo à prática de atividade física, por meio de programas de educação em saúde que despertem consciência da necessidade dessa prática e do benefício que ela traz à saúde.

Introdução

Atualmente com o avanço da tecnologia e a mudança no estilo de vida das pessoas vem surgindo inúmeras doenças relacionadas com o modo de vida. Dentre as patologias ligadas ao estilo de vida está a Síndrome Metabólica (SM) que é um conjunto de fatores associados com a deposição de gordura e a resistência a insulina.

A SM é um transtorno complexo representado por um conjunto de fatores de risco cardiovascular (a hipertensão arterial, a dislipidemia, a obesidade visceral e as manifestações de disfunção endotelial), usualmente relacionados com a deposição central de gordura e à resistência à insulina (I DIRETRIZ BRASILEIRA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍNDROME METABÓLICA, 2005). O conceito de SM trouxe uma nova dimensão para a compreensão da DCV nas últimas décadas. Cada componente da síndrome encontra-se associado ao aumento do Risco Cardiovascular individualmente, porém, quando associados, esse risco aumenta de forma exponencial elevando a mortalidade geral e cardiovascular em aproximadamente 1,5 e 2,5 vezes, respectivamente (Oliveira AM, 2011).

Independentemente do tipo de exercício, o sedentarismo é um preceptor da SM (GAO; NELSON; TUCKER, 2007). Durante a adolescência e em adultos jovens, há evidências de que a Atividade Física (AF) traz benefícios associados à saúde esquelética (conteúdo mineral e densidade óssea) controlando também a pressão sanguínea e a obesidade (FREITAS et al., 2010).

Pesquisas reportam a associação do sedentarismo para com morbidades, como as doenças coronarianas, a obesidade, diabetes *mellitus*, osteoporose e algumas formas de câncer, e indicam a importância de realizar intervenções na tentativa de modificar alguns hábitos do cotidiano (VASQUES; LOPES, 2009). Assim, a prática de AF apresenta-se de forma relevante no tratamento e como estratégia preventiva no combate desses fatores. Quando aliada à alimentação adequada e hábitos saudáveis concebem um benefício extraordinário à saúde (LIOU; LIOU; CHANG, 2010).

Considerando o incremento de estudos que tem como objetivo avaliar a relação do comportamento sedentário com a SM, Edwardson et al. (2012) efetuaram uma meta-análise dos trabalhos publicados até a data. Os resultados indicam que pessoas que passam grande parte do seu dia em atividade sedentárias possuem um risco acrescido de 73% de desenvolver SM. Adicionalmente, a relação entre o comportamento sedentário e a incidência de SM parece ser independente da AF realizada, o que corrobora o progressivo reconhecimento da identificação do comportamento sedentário como autônomo do dispêndio energético decorrente da atividade de intensidade moderada e vigorosa (SARDINHA; MAGALHÃES, 2012).

Face a magnitude do problema da SM e sua extensão populacional, este estudo tornasse relevante pois teve como objetivo analisar a circunferência abdominal e sua relação com a síndrome metabólica (SM) entre universitários, o que servirá como foco para a equipe de saúde, em destaque a atuação da assistência de enfermagem, com vista a estratégia de educação em saúde de modo a apoiar hábitos saudáveis pela população estudada, a fim de incentivar o adquirimento de hábitos de vida saudáveis e eliminar fatores de risco para a SM.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo e transversal, de abordagem quantitativa, realizado em uma Instituição Pública de Ensino Superior com 148 universitários, os dados foram coletados nos meses de janeiro e fevereiro de 2013, através de um formulário contendo dados socioeconômicos, relacionados ao estilo de vida e antropométricos e posterior coleta de sangue para avaliação de frações laboratoriais de glicemia de jejum, triglicerídeos (TG) e HDL-Colesterol, sendo este, cadastrado na Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (PRPPG) e financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Piauí (FAPEPI). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) /UFPI nº 0408.0.045.000-11, aos dias 30/11/2011 e seguiu as diretrizes da resolução Nº466/2012 do conselho nacional de saúde. Os que concordaram em participar assinaram um TCLE, 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 não traria nenhum prejuízo ou complicações para os participantes (BRASIL, 2012).

Para realização do trabalho foram escolhidos alunos dos cursos Bacharelado em Enfermagem, Nutrição, Administração, Sistemas de Informação e cursos de licenciatura em Matemática, Pedagogia, Letras, História e Biologia. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário dividido em: Dados gerais, dados sobre o estilo de vida, antropométricos e laboratoriais. Os dados foram organizados em tabelas e processados no Excel e programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0.

Resultados e Discussão

Da amostra 88,5% eram do sexo feminino, com idade média de 21,2 anos, 58,1% da cor parda, 92,6% apenas estudam, 39,6% moram com os pais, 43,9% foram classificados dentro da classe econômica B1 ou B2, a média da renda foi de R\$ 2004,26; 93,9% eram solteiros e 40,5% moravam com amigos; 97,9% nunca fumaram ou estava fumando há menos de um mês, no concernente ao etilismo houve predominância da Zona II com 56,1%, definido como padrão de médio risco; 12,1% tinham excesso de peso, 2,0% circunferência abdominal aumentada, 80% eram sedentários, 23,6% triglicerídeos elevados, 63,5% HDL-Colesterol baixo, 2,7% PA na condição limítrofe e 2,7% glicemia de jejum elevada. Pode-se observar que dos estudantes que apresentavam sedentarismo 3,4% tinham elevação dos níveis pressóricos, 2,5% elevação na glicemia venosa, 24,5% triglicerídeos aumentados, 30,5% HDL – Colesterol baixo e 6,0% CA aumentada, todos sem representação estatisticamente significativa ($p > 0,05$). De todos os sedentários, 2% tinham dois fatores de risco associados para SM e apenas 2,5% três fatores, com destaque para o HDL baixo.

Neste trabalho, o sedentarismo não teve associação significativa estatisticamente com nenhuma variável da SM, no entanto mostrou-se alta a prevalência do mesmo nos participantes que apresentaram alterações nas variáveis da SM. Ainda que a prevalência de SM encontrada nos estudantes universitários, no presente momento, seja ainda pouco evidente, encontrou-se a presença de alterações que podem ocasionar o aparecimento precoce de DCNT nos adultos jovens participantes, ficando em alerta para mudanças de hábitos de vida.

A população estudada é quase em sua totalidade composta de adultos jovens, 93,9% eram solteiros e 39,6% moravam com os pais. Foi observado que os acadêmicos que moram sozinhos ou com amigos totalizaram em 40,5%, como as universidades apresentam uma rotina diária com cargas horárias excessivas, os universitários, principalmente aqueles que moram distantes dos pais, têm maior propensão a recorrer às comidas semi prontas, industrializadas o por comer fora de casa, representando um ponto importante para predisposição aos fatores de risco relacionados a uma alimentação inadequada.

De acordo com a abordagem do estilo de vida, verificou-se que 80% da população foi caracterizada como sedentária, fato muito preocupante visto a sua atribuição como fator de risco para as DCNT e outras patologias. No estudo de Mielke et al. (2010) sobre AF e fatores associados em universitários do primeiro ano da Universidade Federal de Pelotas, com uma população de 485 alunos, onde apresentavam média de 22,6 anos, verificou-se que 57,1% dos acadêmicos foram classificados como ativos no domínio lazer, 59,1% foram considerados ativos no deslocamento e 84,4% atingiram o mesmo critério em se tratando da AF total. Embora 86% dos alunos relatassem gosto pela prática de AF, apenas 60% disseram ter tempo livre para a prática.

Conclusão

Ao investigar o perfil dos principais riscos e agravos aos quais os universitários estão sendo acometidos, torna-se possível nortear ações que possam intervir de forma imediata e sucedida nos problemas de saúde. Através desse estudo pode-se identificar que a frequência do sedentarismo nos universitários mostrou-se como uma das mais altas quando comparadas a outros segmentos populacionais. Ainda que a prevalência de SM encontrada nos estudantes universitários, no presente momento, seja ainda pouco evidente, encontrou-se a presença de alterações que podem ocasionar o aparecimento precoce de DCNT nos adultos jovens participantes, ficando em alerta para mudanças de hábitos de vida.

Desse modo, através dos resultados encontrados nesse trabalho, sugere-se que sejam feitas intervenções efetivas pelos profissionais de saúde, em particular do enfermeiro, assim como, a inserção de ações que incentivem a prática de atividade física regular nas instituições de ensino superior e a criação de programas educativos, com vistas à educação em saúde, enfatizando uma melhor qualidade de vida e prevenção de DCNT, no sentido de fortalecer a importância de mudanças de comportamentos.

Referências

Amélio F. de Godoy – Matos, **Endocardiometabologia na prática clínica** / organizador Amélio F. Godoy-Matos. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. II.

BIELEMANN, R.M.; KNUTH, A.G.; HALLAL, P.C. Atividade física e redução de custos por doenças crônicas ao Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. v. 15, n. 1, p. 9-14, 2010.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Estabelece critérios sobre pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética*, Brasília, DF, Seção 1, n.12, p. 59, 2012

EDWARDSON C. L. et al. Yates, and S.J. Biddle, Association of sedentary behavior with metabolic syndrome: a meta-analysis. **PLoS One**, v. 7, n. 4, e. 34916, 2012.

FREITAS, R. W. et al. Prática de atividade física por adolescentes de Fortaleza, CE, Brasil. **Ver. Bras. Enfermagem**, v. 63, n. 3, p. 410-415, 2010.

GAO, X.; NELSON, M. E.; TUCKER, K. L. Television viewing is associated with prevalence of metabolic syndrome in Hispanic elders. **Diabetes Care**, v. 30, p. 694 – 700, 2007.

I DIRETRIZ BRASILEIRA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍNDROME METABÓLICA. (1ª.). **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 84, supl. I, abr. 2005.

LIOU, Y. M.; LIOU, T.; CHANG, L. Obesity among adolescents: sedentary leisure time and sleeping as determinants. **Journal of Advanced Nursing**, v. 66, n. 6, p. 1246-56, 2010.

MIELKE, G. I. et al. Atividade física e fatores associados em universitários do primeiro ano da Universidade Federal de Pelotas. **Ver Bras de Ativ Fís & Saúde**, v. 15, n. 1, p. 57-64, 2010.

NETO, A.S. et al. Síndrome metabólica em adolescentes de diferentes estados nutricionais. *Arq Bras Endocrinol Metab.*, v.56, n.2, p. 104-109, 2012.

Oliveira AM, Pinto A, Almeida MS, Oliveira N, Silva AM, Dantes MR et al. **Echocardiographic abnormalities in childhood: the effect of obesity**. *Diabetes* 2011; 58:A453.

SARDINHA, L. B.; MAGALHÃES, J. Comportamento Sedentário – Epidemiologia e Relevância. **Revista Factores de Risco**, n. 27, p. 54-64, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. **Rev. Soc. Bras. Hipertens.**, v. 7, n. 4, p. 122-162, 2004.

Agradecimentos

A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Piauí (FAPEPI) pelo apoio financeiro.

SENTIMENTOS DE PUÉRPERAS EM RELAÇÃO À SÍFILIS CONGÊNITA NEONATAL

Autor 1 – Danielle d'Ávila Siqueira - Faculdades INTA - danielledavila@hotmail.com

Autor 2 – Maria Airtes Dias Rolin - Faculdades INTA

Autor 3 – João Luiz Costa da Silva - Faculdades INTA

Autor 4 – Maria Michelle Bispo Cavalcante - Faculdades INTA

Autor 5 – Maria de Lourdes Santos Rocha - Faculdades INTA

Autor 6 – Rosalice Araújo de Sousa (Orientadora) - Faculdades INTA

Palavras-chave: Sífilis congênita. Sentimentos. Puérperas. Enfermagem.

Resumo

A sífilis congênita (SC) é o resultado da propagação hematogênica da bactéria *Treponema pallidum* da gestante contaminada não tratada ou inadequadamente tratada, sendo o conceito infectado por meio da placenta. Este trabalho tem por objetivo geral conhecer os sentimentos de puérperas em relação à sífilis congênita neonatal; e por objetivos específicos caracterizar o perfil sociodemográfico e cultural das puérperas, verificar o conhecimento dessas em relação à transmissão da sífilis e descrever como as mesmas avaliam as orientações recebidas nas consultas de pré-natal para detecção precoce dessa doença. O período da coleta foi de setembro a outubro de 2013, sob forma de uma entrevista semi-estruturada. Foram entrevistadas 07 puérperas que apresentaram positividade no exame de VDRL que estavam em alojamento conjunto com os seus neonatos para o tratamento da sífilis congênita. Os resultados obtidos constatam que a maioria das entrevistadas estão em um perfil socioeconômico baixo, são mulheres jovens em idade reprodutiva, ainda não concluíram o ensino fundamental e estão excluídas do mercado de trabalho. Estas mulheres revelam os distintos sentimentos através de choro, tristeza e culpa em relação à doença nos filhos. Muitas desconhecem totalmente ou pouco sabem da sífilis e sua transmissão

vertical. Verificamos que o enfermeiro, como promotor e educador em saúde, ainda desenvolve o seu papel de forma incipiente, fato observado no relato das puérperas entrevistadas, embora esta ação não envolva só o enfermeiro, mas uma equipe multiprofissional, além de exigir a participação de cada gestante na adesão ao tratamento concomitante com parceiros.

Introdução

A sífilis é uma infecção causada pela bactéria espiroqueta *Treponema pallidum*, de modo que sua transmissão pode ser sexual ou de origem congênita. Com suas características, pode causar uma sucessão de consequências para a mulher e seu neonato (SMELTEZER, 2009;SZWARCWALD, 2007).

Das doenças sexualmente transmissíveis, a sífilis é a que pode ser infectada durante o ciclo gravídico-puerperal, e a que possui as maiores taxas de infecção através da transmissão vertical, variando de 70 a 100% nas fases primária e secundária e diminuindo para 30% nas fases latente tardia e terciária da infecção materna. Tem possibilidade do contágio direto do *T. pallidum* por meio da passagem do feto pelo canal de parto no momento do nascimento por meio de ulcerações genitais, e através da amamentação ainda não se comprovou nenhum caso de contágio, porém, se houver casos de lesão mamária por sífilis é preciso que sejam avaliados. Portanto, nesses casos poderão suceder aborto espontâneo, natimorto ou morte perinatal com uma estimativa de 40% dos recém-nascidos irem a óbito (BRASIL, 2007).

Compreende-se que a transmissão vertical pode ocorrer em qualquer período da gestação ou em situação transitória da doença na mãe e o tempo de exposição do feto no útero. Após sua transição por via placentária, o treponema capta os vasos do cordão umbilical e se reproduz com rapidez em todo o organismo fetal (BRASIL, 2007).

Diante da aproximação e do envolvimento dos pesquisadores na assistência às puérperas em uma maternidade, onde observou-se os diversos sentimentos notáveis como: preocupação, constrangimento, choro e o de tristeza diante da doença nos seus conceitos e da admissão do recém-nascido para tratamento da sífilis congênita por 10 dias, surgiu o anseio de pesquisar esse problema.

Neste sentido, o estudo foi norteado pelos seguintes questionamentos: Qual o sentimento das mães em relação à sífilis congênita neonatal?; Qual o conhecimento das puérperas sobre a transmissão da sífilis?; Como as puérperas avaliam as orientações recebidas nas consultas de pré-natal para detecção precoce dessa doença?

O estudo em questão é relevante para o meio acadêmico como forma de aprimorar os conhecimentos sobre doenças que mais causam custos para o Sistema Único de Saúde, bem como para os profissionais atuantes na assistência de enfermagem, uma vez que esses contribuem para assistência no pré-natal, dando ênfase na prevenção e promoção para redução de doenças que incidem em óbitos de mãe e filho.

Metodologia

Foi desenvolvida uma pesquisa do tipo exploratória, descritiva com abordagem qualitativa. Segundo Gil (2010), algumas pesquisas descritivas vão além da simples identificação da existência de relações entre variáveis. Esse tipo de pesquisa estabelece relação entre as variáveis no objeto de estudo analisado. Nesse caso, incluem-se neste grupo as pesquisas que tem por objetivo levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população. Embora definidas como descritivas com base em seus objetivos, acabam servindo mais para proporcionar uma nova visão do problema, o que as aproxima das pesquisas exploratórias.

A pesquisa exploratória possui a finalidade básica de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias para a formulação de hipóteses. Dessa forma, este tipo de pesquisa visa propiciar um maior conhecimento para o pesquisador acerca do assunto, assim favorecendo uma visão geral de um determinado fato, ou fenômeno estudado (GIL, 2010).

Pesquisa qualitativa, geralmente lida com falas ou palavras em vez de números, isso não significa que seja destituída de mensuração ou que não possa ser usada para explicar fenômenos sociais. Tenta, portanto, interpretar os fenômenos sociais (interações, comportamentos, etc.), busca fazer perguntas fundamentais e investigadoras a respeito de fenômenos sociais e como as pessoas o atribuem (POPE & MAYS, 2009).

A seleção dos sujeitos se deu mediante o método de amostragem não probabilística, a qual depende de critérios dos pesquisadores ou de quem participa, onde nesse estudo foi utilizada amostra por conveniência, que seleciona os entrevistados entre aqueles que o pesquisador tem acesso, reconhecendo que de alguma forma esses possam representar o universo, sendo aplicado em estudos exploratórios ou qualitativos, nos quais não é requerido elevado nível de precisão (GIL, 2010).

Neste estudo, findado o prazo estipulado para coleta, a amostra se definiu por conveniência.

Para seleção das participantes, os critérios de inclusão foram: ser puérpera maior de 18 anos com sorologia do exame de VDRL positivo e que se encontrem em alojamento conjunto na maternidade, com os neonatos para tratamento farmacológico da sífilis congênita e como critérios de exclusão, as puérperas menores de 18 anos e as que por outros motivos não estavam acompanhando os seus RN, além das que não possuíam nível de instrução.

Levando em consideração os critérios de inclusão citados acima, das puérperas abordadas durante o tempo estabelecido para a coleta das informações do estudo, duas eram menores de idade, uma recusou-se a participar e as sete que apresentaram positividade no exame de VDRL solicitado logo após o parto, e que estavam em alojamento conjunto com os seus neonatos para o tratamento da sífilis congênita, formaram os sujeitos da pesquisa.

O estudo foi realizado na maternidade de um Hospital de nível secundário com referência para o parto de baixo risco, localizado na Região Norte do Estado do Ceará, na cidade de Sobral, localizada a 222 km da capital Fortaleza. O município com uma população de 190.724 habitantes de acordo com o censo populacional do IBGE (2010).

A coleta das informações foi realizada de setembro a outubro de 2013.

Os sujeitos da pesquisa foram informados sobre o estudo e seus respectivos objetivos, bem como a leitura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE, esclarecendo dúvidas que surgiram antes da solicitação da assinatura do referido termo. Logo após, deu-se início a entrevista semi-estruturada baseada em um roteiro previamente elaborado, onde utilizamos como recurso o gravador.

A análise do conteúdo aconteceu por meio da transcrição de falas das entrevistas, sendo os depoimentos organizados e trabalhados pelos princípios metodológicos da análise do conteúdo proposta por Minayo (2010, p.303), a qual diz que são, “técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências, sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos”. As informações a partir das falas das entrevistadas atribuíram às seguintes categorias: os sentimentos das puérperas em relação à sífilis congênita no seu filho; o conhecimento das puérperas sobre a transmissão vertical da sífilis; a assistência ao ciclo gravídico-puerperal e as orientações recebidas pelas puérperas em relação à sífilis.

A pesquisa foi pautada na Resolução de Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, a qual contém diretrizes e normas regulamentadas para as pesquisas que envolvem seres humanos, onde foram identificadas com siglas, tais como: P1, P2, (...), P7, com intento de preservar o anonimato das puérperas durante a entrevista, bem como a privacidade ao transcrever as falas das informantes.

O projeto de pesquisa teve o parecer favorável pelo Diretor administrativo do Hospital, bem como, a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA, sob o parecer nº 384.412.

Resultados e Discussão

Pôde-se perceber um perfil de baixa renda, com mulheres jovens em idade reprodutiva, com um número de filhos superior a renda *per capita* por componente familiar e que ainda não concluíram o ensino fundamental e estão excluídas do mercado de trabalho. Estas informações não estabelecem determinantes para explicar os resultados, mas contribui para compreendermos como estas mulheres são assistidas e acompanhadas na atenção básica à saúde, uma vez que as características sociodemográfica e cultural observada sugerem limites às informações relacionadas à saúde, na busca por medidas de prevenção, controle e tratamento de doenças, onde estas têm receio de interagir com os profissionais da saúde para compreensão das doenças que as acometem.

Segundo Magalhães *et al.* (2012), a sífilis em gestantes esta relacionada a uma série de fatores, entre os quais, o baixo nível socioeconômico, os níveis de instrução materna, podem ser indicadores de pouco acesso aos serviços de saúde. Ainda que, não seja uma doença limitada à população menos favorecida, esses resultados indicam o elevado índice de transmissão vertical da sífilis nessa população.

Vale ressaltar o fato intrigante de todas as puérperas participantes do estudo terem realizado o teste de VDRL durante a gravidez e na sua maioria realizaram mais de sete consultas pré-natais, detectaram a doença no período gestacional, receberam o resultado e fizeram tratamento preconizado pelo MS, com três doses de 2,4 milhões de unidades de penicilina benzatina em intervalos semanais. Durante o parto, os seus respectivos neonatos, realizaram testes sorológicos de VDRL, e como de rotina nas maternidades, neonatos com VDRL reagente, independente de mãe positiva ou negativa, receberam o tratamento de antibioticoterapia.

Quando questionadas sobre os sentimentos das informantes diante da doença no seu filho internado, observamos tristeza, culpa, arrependimento e choro, com relação ao sofrimento da criança. No entanto, duas das entrevistadas nos chamaram atenção, uma vez que essas não apresentaram nenhum sentimento, mesmo sendo o seu segundo filho com sífilis congênita. Como se vê nas falas:

“[...] tristeza e arrependimento [...], de ter saído na rua e usar porcaria [...]”(P₂).

“[...] me sinto culpada por ela está sofrendo agora [...], me sinto culpada [...]” (P₃).

“[...] senti nada não [...], por que eu já sabia, que eu tive a primeira né [...], e já sabia que outro ia serdo mesmo jeito [...] por que eu fiz o tratamento direito, só que o pai dele fez depois de mim, eu sabia que todo filho que eu tivesse ia ser do mesmo jeito [...]” (P₄).

Diante do conhecimento das puérperas sobre a transmissão vertical da sífilis, obtivemos uma série de respostas, onde poucas verbalizaram um conceito informal e a maioria desconhece o processo de transmissão da doença, porém não sabem como seu filho é acometido.

“[...] é transmissível pela doença sexual do homem para mulher..., Transmite da mãe para a criança [...] eu só queria saber se é perigoso como HIV [...]” (P₂).

“[...] sei, pelo ato sexual... não tenho muito conhecimento não..., algumas coisas que eu sei é por que eu soube no posto né, mas não que eu soubesse, não sabia nem dessa doença não[...], e aí fiquei sabendo que passa da mãe para filho [...]” (P₃).

Em se tratando de assistência ao ciclo gravídico-puerperal e as orientações recebidas pelas puérperas em relação à sífilis, chama a atenção as informações concedidas às puérperas e a forma de abordagem ao problema efetuado pelos profissionais de saúde durante as consultas pré-natal, que pouco esclarecem sobre a doença, apesar de sabermos que os usuários dos serviços devem receber informação sobre a doença e ser convencidos de que a prevenção e o tratamento podem resultar em benefícios relevantes para a saúde das mulheres e crianças.

“[...] recebi sim orientações, que o bebê poderia nascer deficiente, cego, aleijado [...] isso né [...]” (P1).

“[...] não recebi muita informação não, a única informação que eu recebi foi quando eu fiz o exame e mostrei, elas(Enfermeira) falaram que tinha que tomar injeções, fazer o tratamento [...] a única informação que eu soube foi essa [...]” (P7).

Araújo *et al.* (2006) apontam que, dentre os fatores que contribuem para a manutenção de casos de SC, estão a falta de estímulo para a adoção de medidas preventivas por parte dos gestores da saúde, o aumento do número de mães solteiras e adolescentes, a falta de disseminar informações a população sobre as doenças, em principal as DSTs e a baixa qualidade do pré-natal no atendimento às gestantes e até mesmo a falta de acesso a esse serviço.

Conclusão

Através do estudo os dados de identificação constatarem que a maioria das entrevistadas está em um perfil socioeconômico baixo, são mulheres jovens em idade reprodutiva, com um número de filhos superior a renda *per capita* por componente familiar que ainda não concluíram o ensino fundamental e estão excluídas do mercado de trabalho. As informações obtidas nos permitiram compreender que os aspectos que envolvem as condições socioeconômicas e nível de instrução podem influenciar diretamente na saúde. Grupo vulnerável às doenças que pouco buscam o serviço de saúde, o que acarreta um grande desafio de controle da sífilis e da sífilis congênita.

Percebemos em meios aos depoimentos distintos sentimentos, onde algumas puérperas demonstraram tristeza, arrependimento e choro no momento em que receberam a notícia da doença, outras se culpam pelo desconforto diante do sofrimento dos filhos, da distância da família, de deixarem outro filho pequeno e as obrigações de casa. Verificamos um nível de conhecimento limitado e duvidoso dessas puérperas em relação à transmissão vertical da sífilis, bem como desprovimento de informações que pudessem comprovar a eficácia da assistência recebida durante o pré-natal.

Assim verificamos que o enfermeiro como educador em saúde, ainda desenvolve o seu papel de forma incipiente, fato observado no relato das puérperas entrevistadas, embora esta ação não envolva só o enfermeiro, mas uma equipe de multiprofissionais, além de exigir a participação de cada gestante na adesão ao tratamento concomitante com parceiros, na lógica de intensificação de medidas de promoção da saúde e prevenção da sífilis e sua transmissão vertical. Muitas relatam não ter recebido em nenhum momento qualquer tipo de informação ou apenas explicações temerosas que pouco esclarecia a respeito da doença, da transmissão, prevenção e tratamento da sífilis, muito menos das consequências da forma congênita para seus conceitos.

O que se espera é que esta situação se modifique no intuito de promovermos a saúde da população, observando que para atingirmos a erradicação da sífilis, é imprescindível um pré-natal mais adequado, que vise a qualidade de todos os recursos disponibilizados pelo MS, o que exige uma detecção e tratamento precoce da infecção, e assim, a diminuição da incidência de novos casos. Acredita-se, portanto na sensibilização dos profissionais que concedem assistência à saúde da gestante com sífilis.

Referências

ARAÚJO, E.C. *et al.* Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. **Revista Paraense de Medicina** v. 20, n.1. jan. - mar. 2006. Disponível em: www.bireme.br/cgi-bin/. Acesso em: 15 abr. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/AIDS, **Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso**. 2. Ed. – Brasília: MS, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis**. Brasília, 2007.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5ª. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. **Censo demográfico de 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>: Acesso em: 14 abr. 2013.

MAGALHÃES, D. M. S. *et al.* A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. **Com. Ciências Saúde** - 22 Sup 1:S43-S54, 2012. Disponível em:<www.bases.bireme.br/cgi.> Acesso em: 20/04/2013.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social**: Teoria, Método e Criatividade. 12ª. ed. São Paulo: Vozes, 2010.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção á saúde**. 3ª.ed. Porto Alegre, Artmed, 2009.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico**. 12ª. ed. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SZWARCWALD, C. L.*et at.* Resultados do estudo sentinela-parturiente, 2006: desafios para o controle da sífilis congênita no Brasil. **DST– J Bras Doenças Sex Transm**. v.19, n.3-4, p. 128-133. 2007.

Agradecimentos

Às mulheres da pesquisa por cooperarem para que esse estudo acontecesse.

À equipe da maternidade do Hospital de referência que possibilitou acesso para realização da pesquisa.

Aos meus mestres, pelos conhecimentos e experiências compartilhadas.

Às Faculdades INTA pelo incentivo à pesquisa.

SENTIMENTOS E PERSPECTIVAS DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO À SAÚDE EM CASOS DE ABORTO PREVISTO EM LEI.

Iellem Dantas Campos Verdes Rodrigues- Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA) – iellendantas@hotmail.com

Inez Sampaio Nery- Universidade Federal do Piauí (UFPI) – ineznery.ufpi@gmail.com

Palavras-chave: Aborto legal. Cuidado de Enfermagem. Enfermagem.

Resumo

O aborto é considerado como uma das principais causas de mortalidade materna no mundo, principalmente no que se refere às complicações decorrentes de uma prática insegura, realizada em condições sanitárias precárias e sem assistência qualificada. O Brasil não foge a essa realidade, apesar da ilegalidade do aborto, é rotina nas maternidades públicas a assistência a pacientes com complicações pós-abortamento. Ressalta-se os casos em que o aborto perde o caráter de ilegalidade e pode ser realizado dentro da jurisdição brasileira, são os casos de estupro e risco de vida à mulher. Nesse sentido, o estudo teve por objetivo descrever os sentimentos e as perspectivas dos acadêmicos de enfermagem na assistência e promoção da saúde às mulheres que realizaram um aborto legal. A pesquisa foi realizada em uma Universidade Pública do Piauí. Foram entrevistados 22 acadêmicos do curso de enfermagem. Quanto as perspectivas dos estudantes, fica claro em suas falas que os mesmos, quer concordem ou não com os critérios do aborto previsto em lei, esperam que exista uma assistência de qualidade e humanizada a essas mulheres que optam pelo fim da gestação. A partir desse estudo puderam-se elaborar sugestões que visam a uma compreensão dos fatores que levam a uma interrupção programada da gravidez, ou seja, um aborto. Fornecendo subsídios para inclusão do aluno na assistência a abortos previstos em lei, enquanto este se encontra na academia, para que ao ingressar no mercado de trabalho possa contribuir de modo eficaz, prestando uma assistência de qualidade e livre de preconceitos.

Introdução

O aborto, apesar de ser crime no Brasil, não deixa de ser um problema de saúde pública, visto que oscila entre a terceira e quarta causa de mortalidade entre mulheres brasileiras. Além de ser um problema para a saúde pública, devido aos gastos que se têm por ano com as

internações decorrentes de práticas inseguras. Trata-se de um tema polêmico que articula diversas posições e conflitos pessoais, culturais, religiosos e sociais (VIEIRA, 2010).

Em países predominantemente católicos, a discussão sobre o aborto é controversa e divide a sociedade. Há um distanciamento entre o ponto de vista feminista e religioso, que se apresentam de forma mais intensa nos debates públicos sobre o assunto, especialmente quando existe no parlamento algum projeto de lei legalizando o aborto em tramitação. Os grupos feministas, pela intensa pressão que exercem, são responsáveis em alguns países europeus por fazer que estes revisem sua legislação penal sobre o assunto, legalizando a prática do aborto. Atualmente, muitos países onde a prática ainda é ilegal vêm revendo sua legislação punitiva ao aborto, principalmente por pressões da sociedade civil organizada e, em particular, de movimentos feministas, que reivindicam a legalização do aborto como um direito da mulher, a fim de evitar a ocorrência de abortos clandestinos que colocam em risco sua vida e saúde. (GONÇALVES; LAPA, 2008).

A interrupção da gravidez que oferece risco de vida para a mulher no primeiro trimestre da gestação encontra mais aceitação entre os profissionais da saúde, que quando a interrupção é decorrente de estupro. O poder médico interdita ou referenda a prática do abortamento, facilitando ou criando impedimentos de acordo com o caso apresentado, os valores e posições contrárias dos profissionais de saúde ao abortamento aparecem quando se trata de atender mulheres em processo de abortamento incompleto, que chegam ao serviço. Nestes casos, a conduta tem sido estritamente normativa e punitiva, caracterizando a trajetória desumana das mulheres nos serviços de saúde. A busca por um atendimento ao abortamento incompleto termina, muitas vezes, por se constituir em uma vivência marcada pelo desrespeito. São comuns os relatos de curetagem sem anestesia, negligências, maus-tratos, falta de orientação e atendimentos marcados por preconceitos (SOARES, 2003).

Nesse contexto evidencia-se que a problemática do aborto previsto em lei acarreta sentimentos e sofrimento não só à mulher, mas à equipe de saúde que a assiste, em especial a enfermagem que presta uma assistência direta e contínua a essas pacientes, muitas vezes criando vínculos com as mesmas. Assim, faz-se necessário conhecer os sentimentos de acadêmicos do Curso de Enfermagem em relação a assistência e promoção da saúde à mulheres que optam por realizar um aborto previsto por lei.

Metodologia

O presente estudo apresenta natureza qualitativa, que segundo Minayo (2008) trabalha com universo de significados, sendo um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos os quais não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis, permitindo privilegiar os sujeitos sociais que detêm informações e interpretações sobre a realidade social.

O cenário escolhido foi o Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Campus ministro Petrônio Portela, localizada no bairro Ininga, zona leste da capital. Os sujeitos da pesquisa foram constituídos por 22 acadêmicos de enfermagem da UFPI. Os critérios para seleção exigiram que tivessem estagiado em uma maternidade e que já tivessem cursado uma ou mais das disciplinas: Saúde da mulher, saúde do adulto e do idoso e bioética, ética e legislação para enfermagem.

O instrumento de entrevista foi um formulário que continha perguntas abertas e fechadas com uma linguagem o mais próximo possível da linguagem coloquial, a fim de facilitar um melhor entendimento por parte dos entrevistados. O roteiro continha questões objetivas para identificação do perfil sociodemográfico dos sujeitos, o qual continha dados referentes a idade, estado civil, religião, período que está cursando, disciplinas cursadas referentes ao tema pesquisado, estágio em maternidade, que em caso afirmativo foi indagado sobre o tempo deste estágio, os dados sobre o sexo foram identificados à medida que foram realizadas as entrevistas uma vez que não continha este item no formulário, caracterizando assim os sujeitos, e questões subjetivas referentes a temática, as respostas foram obtidas através da técnica de gravação em aparelho MP4 as quais foram transcritas e analisadas as categorias conforme emergiram. A técnica de coleta de dados foi por meio de entrevista. A coleta de dados foi realizada pela bolsista no período de setembro a novembro de 2010.

A análise e interpretação dos dados foram feitas de imediato às entrevistas, a fim de que não fosse desperdiçado nenhum aspecto relevante para a pesquisa. Após a realização das entrevistas, uma vez atingido o ponto de saturação dos depoimentos, as categorias convergentes foram classificadas de maneira que permitiram destacar a essência dos relatos. A caracterização dos sujeitos foi feita mediante os aspectos sociodemográficos. As entrevistas foram analisadas através da técnica de análise de discurso.

Os aspectos éticos foram respeitados na elaboração deste projeto de acordo com as normas da Resolução 144/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS. A pesquisa foi submetida para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI), com CAAE – 0086.0.045.000-10, obtendo consentimento para sua realização.

Resultados e Discussão

As falas dos sujeitos na sua maioria concordam com o aborto previsto em Lei, as justificativas citadas são diversas sendo que o que predominou foi o fator psicossocial da mulher gerado pela violência e o direito que a mesma tem de escolher entre sua vida e a vida do conceito, contudo deixa os profissionais livres para optar em realizá-lo ou não, como se segue:

“Concordo e...é até direi interessante no ponto de vista é..psicossocial da pessoa que sofreu o atentado de estupro”(Dep.3)

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

“Eu concordo com aborto Legal porque eu acho que, primeiro em caso de estupro ééé’aaa o nascimento desta criança talvez fosse uma violência a saúde mental da mulher e porque no caso de risco da saúde da mulher, risco de vida pra mulher ela tem o direito de escolher entre o risco de vida dela e da criança”(Dep.4)

“Eu sou de acordo com o aborto legal, se a mulher foi vítima de estupro, então vai evitar que ela adoça psicologicamente, no caso ela não vai criar um filho de um estuprador, no caso seja um trauma para ela”(Dep.14)

“O aborto Legal ele permite ao profissional de acordo com sua consciência participar ou não da prática”(Dep.10)

Os sentimentos aqui detectados foram de compreensão (Dep3 e 4) e prudência (Dep. 14 e 10)

É direito reprodutivo da mulher, decidir se quer ou não ter filhos, quantos filhos deseja ter e em que momento de sua vida, desde que de modo responsável, exercendo, assim, sua sexualidade e reprodução livre de discriminação, imposição e violência. É direito sexual escolher o parceiro, escolher se quer ou não ter relação sexual, bem com ter direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade e sem discriminação (BRASIL, 2006).

Os profissionais de enfermagem estão sujeitos a conflitos gerados por situações que envolvem princípios éticos, sentimentos próprios, valores morais e religiosos. O aborto está dentre as situações que contribuem com essa realidade, a vida e a morte, colocadas lado a lado, tornam a assistência as pacientes que necessitam ou estão em fase de aborto algo difícil e acarretado de fatores estressantes, isso talvez em decorrência da inexperiência e despreparo para atuar frente a escolhas de outrem sem expressar suas próprias opiniões relativas ao assunto. Quando se trata do aborto legal essa situação pode receber um agravo particular, visto que esse não deixa de ser considerado crime, sendo apenas isento de punição, devendo-se escolher entre duas vidas. Dúvida e sofrimento são sentimentos comuns a equipe de enfermagem diante desse quadro, o que influencia bastante na decisão entre assistir ao aborto ou não e dificulta o processo de promoção à saúde entre essa clientela (LUNARDI; SIMÕES, 2004).

O estudo permitiu observar que os estudantes de enfermagem na sua grande maioria não tiveram a oportunidade de presenciar a atuação do enfermeiro frente ao aborto legal, representando 82% dos entrevistados, os que presenciaram perceberam que o enfermeiro necessita melhor preparo e compromisso profissional, conforme as falas a seguir:

“já sim diversas vezes no caso não me sentir contemplado já estando quase formado na área de enfermagem ao observar profissionais com formação já a vários anos e ainda não terem bagagem necessária para estarem prestando atendimento a essas mulheres de uma forma laica que não envolva preconceitos e nenhuma forma de tipo de julgamento e justamente ao contrário é justamente ao contrário do que eu possa observar, então um atendimento totalmente voltado a... a uma rotulação tida pela sociedade de que aquela mulher é uma criminosa e que ela deva ser tratada de uma forma diferenciada”(Dep.5)

“Pois é neste caso da maternidade infelizmente eu achei que ela teve pouco apoio do enfermeiro, eu vir mais... foi... estava eu como acadêmica e outra acadêmica que estava lá como estagiária e o médico mesmo apoiando porque ela estava sofrendo muito, não é legal eu fiquei traumatizada com a questão do aborto, ela chegou até dizer que preferia ter tido o filho, tanto que ela tava sofrendo, então eu acho que o enfermeiro tinha atuar melhor nesta área, entender melhor e poder dá esse apoio para a mulher, né?”(Dep.7)

Observou-se sentimento de decepção dos estudantes quanto a assistência de enfermagem nos dois depoimentos, pois o mesmo afirma que a paciente foi tratada de forma preconceituosa e não forneceu o apoio devido no momento da dor física e sentimental da mulher assistida, tampouco houve a preocupação com a promoção da saúde a fim de orientar-lhes quanto aos seus direitos reprodutivos.

A portaria nº. 682, de 26 de abril de 1989, criou o primeiro serviço de aborto legal em um hospital público, o Hospital Dr. Arthur Ribeiro de Sabóya, conhecido como Hospital do Jabaquara (WESTPHAL, 2009). De lá até os dias atuais alguns avanços são notáveis, dentre os fatores que impulsionaram a assistência a esses casos encontram-se a participação do movimento feminista, que discute o aborto sob o ponto de vista dos direitos feministas defendendo a escolha da mulher sobre o seu corpo, e responsabilizando o Estado sob o dever de garantir-lhe uma assistência humana e de qualidade, bem como a realização da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), no Cairo, em 1994, e da Conferência Mundial sobre a Mulher (CMM), em Pequim, 1995, que consolidaram os conceitos de direitos reprodutivos e direitos sexuais.

Soares (2003), afirma que a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), foi de suma importância ao se comprometer em garantir o direito à interrupção da gestação dentro do marco legal, desenvolvendo medidas como o Fórum Interprofissional sobre o Atendimento Integral à Mulher Vítima de Violência Sexual, o que contribui para uma maior adesão dos médicos obstetras. O Ministério da Saúde ao adotar a norma técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento e de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes impulsionou a legitimação do atendimento aos casos de aborto previsto em lei, visto que a mesma além de fornecer orientações sobre os procedimentos, garante a aceitação e a segurança dos profissionais de saúde na realização de abortamentos previstos em lei. A assistência a mulheres vítima de violência sexual permite trabalhar temas como a violência doméstica e o aborto de forma diversa dos cursos de graduação, visto que é um tema que não faz parte da formação acadêmica dos profissionais de saúde, por julgar-se não pertinente ao setor saúde.

Segundo Soares (2003), a abordagem do aborto na formação acadêmica dos profissionais de saúde é repleta de questões morais e religiosas, o que acarreta dificuldade na assimilação do tema, acarretando uma assistência norteada pela ideia do aborto como um crime sem levar em consideração os direitos sexuais e reprodutivos da mulher bem como as questões sociais e os agravos que derivam da

clandestinidade. Os profissionais manifestam sua posição contrária geralmente em casos de aborto incompleto, o que se acarreta uma trajetória desumana para essas mulheres dentro dos serviços de saúde, sendo marcada por desrespeito e negligência.

É sabido que uma parcela considerável destes profissionais de saúde não conhece as leis que os guardam diante dos casos onde o aborto é previsto na lei, fato manifestado pelo enorme medo diante de um caso de aborto resultante de estupro, onde os mesmos geralmente manifestam-se apenas mediante um boletim de ocorrência. O médico pode realizar o aborto previsto em lei sem necessidade de um BO, apenas a palavra da mulher é válida e o mesmo é isento de responsabilidade judicial, já que é garantido por meio das Convenções gerais internacionais de direitos humanos que o Estado brasileiro deve tratar e eliminar todas as formas de violência contra as mulheres.

De acordo com Westphal (2009), nos casos de aborto legal o Estado tem o dever de garantir que este seja realizado, garantindo, assim, o direito a liberdade da mulher.

“Um Estado é responsável, no mínimo, por exigir de seus fornecedores de serviços de saúde que garantam às mulheres acesso razoável a serviços de aborto seguro [...] na medida em que suas leis permitam [...] o Estado pode considerar que uma política nacional deve ser expressa em forma de uma lei que equilibre mais adequadamente as limitações sobre o aborto, considerando os diversos direitos das mulheres, relativos ao acesso a serviços de saúde seguros e humanos, necessários para proteger suas vidas e sua dignidade, sua segurança e sua liberdade” (COOK; BERNARD; FATHALLA, 2004, p. 176).

O profissional de saúde que realiza um aborto nos casos previstos no artigo 128 não sofre punição, no entanto o aborto não deixa de ser considerado um crime, visto que é tido como homicídio, apenas nesses casos ele não é passível de punição. Fato este que, juntamente com aspectos éticos de cada um, contribui em muitos casos pela opção que o profissional faz em não participar na prestação da assistência aos casos de aborto legal, independente de sua razão.

Conclusão

Este trabalho possibilitou conhecer os sentimentos e as perspectivas dos acadêmicos de enfermagem frente à assistência e promoção da saúde às mulheres que realizaram um aborto previsto por lei.

A pesquisa mostra que a experiência com o aborto previsto em lei durante a graduação não é algo presente nos estágios dos acadêmicos de enfermagem da instituição, visto que dos 22 entrevistados, apenas dois vivenciaram essa situação. Dos estudantes entrevistados 82% não tiveram a oportunidade de presenciar a atuação do enfermeiro frente ao aborto legal, os 18% que presenciaram relatam a necessidade de um melhor preparo e compromisso profissional por parte do enfermeiro na assistência a mulheres que necessitam da realização de um aborto previsto por lei.

Quanto as perspectivas dos estudantes, fica claro em suas falas que os mesmos, quer concordem ou não com os critérios do aborto previsto em lei, esperam que exista uma assistência de qualidade e humanizada a essas mulheres que optam pelo fim da gestação.

Essa pesquisa é de extrema importância, no sentido de possibilitar que os acadêmicos de enfermagem, e enfermeiros, reflitam sobre a assistência prestada a mulheres em situação de abortamento previsto em lei, tentando compartilhar desse momento, que mesmo provocado desencadeia grande sofrimento as mesmas. O profissional deve ter em mente não só o conhecimento técnico - científico, mas envolver-se de uma conduta humanizada e ética ao lidar com essas pacientes. A enfermagem, em particular, deve prestar assistência diferencial, visto que é a equipe de enfermagem quem passa a maior parte do tempo com as pacientes, devendo, portanto, tratá-las com dignidade e respeito, levando em conta o estado fragilizado em que se encontram. Devem investigar os motivos que levaram ao aborto, com a cautela de não expor-lhes a nenhum tipo de constrangimento, os resultados dessa investigação podem ampliar conhecimentos e favorecer o cuidado, por meio de um planejamento adequado, incluindo a sistematização da assistência de enfermagem.

A partir desse estudo puderam-se elaborar sugestões que visam a uma compreensão dos fatores que levam a uma interrupção programada da gravidez, ou seja, um aborto. Fornecendo subsídios para inclusão do aluno na assistência a abortos previstos em lei, enquanto este se encontra na academia, para que ao ingressar no mercado de trabalho possa contribuir de modo eficaz, prestando uma assistência de qualidade e livre de preconceitos. É nesse contexto que a enfermagem ganha destaque, adquirindo papel fundamental na elaboração de programas assistenciais a essas mulheres, para que estas se sintam amparadas pela lei e encontrem apoio nos serviços de saúde para enfrentar um momento que já é tão difícil.

Uma estratégia para levar esse tema aos estudantes de enfermagem é implantá-lo nas universidades, tanto em nível de grade curricular, como assistencial, visto que a academia é um campo fértil e que merece ser explorada pelos profissionais, principalmente enfermeiras (os) comprometidos com a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Essa é uma proposta que ainda levará algum tempo para tornar-se eficaz e perceptível em nossa sociedade, em decorrência de alguns valores que ainda estão enraizados na nossa cultura. No entanto é através de políticas públicas que poderemos mudar esse quadro e melhorar substancialmente a situação da saúde em nosso país.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília: MS, 2006

GONÇALVES, T. A.; LAPA, T. S. Aborto e religião nos tribunais brasileiros. São Paulo: Instituto para a Promoção da Equidade, 2008.

LUNARDI, V. L; SIMÕES, A. R. (Re)Ações da Equipe de Enfermagem Frente à Possibilidade de Participação em um Aborto Legal. **Rev. Enferm. UERJ**. v.12. p. 173-178. 2004.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. [São Paulo](#): Hucitec, 2008.

SOARES, G. S. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 399-406. 2003.

VIEIRA, E. M. A questão do aborto no Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. Rio de Janeiro. v.32. n. 3. p.103-104. 2010.

WESTPHAL, F. P. S. Reflexões acerca do acesso ao aborto legal no Brasil: os direitos sexuais e reprodutivos das Mulheres *versus* o direito de objeção de Consciência dos médicos que prestam serviços pelo Sistema único de saúde – SUS. **Biblioteca Feminista**, 2009.

Agradecimentos

À Deus por permitir alcançar cada sonho. À Universidade Federal do Piauí pela Graduação e Pós-Graduação. À orientadora pelo trabalho em conjunto e saberes adquiridos. À família pela força e incentivo. Ao Instituto Superior de Teologia Aplicada pela confiança a mim depositada enquanto docente. Aos colegas e alunos pelo constante aprendizado.

SENTIMENTOS MATERNOS DIANTE DA CRISE DE ASMA.

Maria dos Remédios Farias dos Santos- Universidade Federal do Piauí; remedios.13@hotmail.com

Rosana dos Santos Costa - Universidade Federal do Piauí

Lidya Tolstenko Nogueira - Universidade Federal do Piauí

Clara Ananda Pimentel de Sousa Santos - Universidade Federal do Piauí

Jéssica Loureiro Mendes Silva - Universidade Federal do Piauí

Maria de Lurdes Zanolli (orientadora) - Universidade Estadual de Campinas

Palavras-chave: Asma. Saúde da Criança. Pesquisa Qualitativa.

Resumo

A asma é uma doença crônica, de elevada prevalência mundial, que acomete indivíduos de todas as idades, em todas as regiões do mundo, de diferentes níveis socioculturais. Objetivo: analisar os sentimentos maternos diante da crise de asma do filho. Metodologia: utilizou-se o método etnográfico, com seis mães de crianças de 6 e 7 anos de idade. A coleta de dados foi realizada no período de julho de 2012 a janeiro de 2013, por meio de entrevistas semiestruturadas, com gravação de voz, durante visitas quinzenais nos domicílios e no entorno social da mãe. O material proveniente do campo foi analisado e sistematizado seguindo os princípios da pesquisa qualitativa. Resultado e Discussão: Identificou-se que durante as crises de asma as mães procuram frequentemente o serviço de emergência, desejam prevenir as exacerbações da doença e apresentam pouco conhecimento sobre manejo adequado da afecção. A procura rotineira pelos serviços de emergências pode causar superlotação desnecessária desses serviços, leva a deficiências no tratamento e no controle da asma, o que causa consequências negativas para as crianças, para as mães e para a sociedade. Conclusão: Evidenciou-se a necessidade do desenvolvimento de atividades educativas para a redução da morbidade da asma na população estudada.

Introdução

A asma é uma doença crônica que apresenta graves consequências para a vida do doente e para a sociedade. Acomete indivíduos de todas as idades, em todas as regiões do mundo, de diferentes níveis socioculturais, e apresenta graus variados de gravidade e frequência (TRINCA, BICUDO e PELICIONI, 2011; ALBUQUERQUE, 2011) e é considerada, atualmente, um problema de saúde pública pela sua elevada prevalência global.

É uma enfermidade que se caracteriza por sinais de hiperresponsividade das vias aéreas inferiores e por obstrução variável ao fluxo aéreo intrapulmonar, reversível espontaneamente, ou com auxílio de terapia medicamentosa, e que se manifesta clinicamente por episódios recorrentes de sibilância, dispnéia, aperto no peito e tosse, particularmente à noite e pela manhã, ao despertar (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA PARA O MANEJO DA ASMA, 2012).

Na asma infantil, a criança não é a única a sofrer as consequências da doença, pois a família também é diretamente afetada, uma vez que a afecção envolve, além das características biológicas, as relações interpessoais em seus aspectos psicossociais, apresentando, como consequência, uma atmosfera permeada por sofrimento (SILVA, 2012).

A asma é uma doença de tratamento complexo, que exige a participação ativa do doente e dos familiares. A infância é a fase da vida em que o indivíduo não tem autonomia no seu autocuidado, por isso o tratamento da asma em crianças é geralmente feito em domicílio, sob a responsabilidade principalmente da mãe (SILVA, 2009).

Diante da gravidade da asma e da importância familiar no controle da doença, considera-se de suma importância a educação do paciente e dos familiares para o tratamento desta afecção. No entanto, o conhecimento técnico-científico relacionado às doenças, às ações de prevenção, de tratamento ou de planejamento de saúde devem levar em consideração os valores, as atitudes e as crenças de uma população (COSTA e GUALDA, 2010).

Nessa perspectiva, realizou-se este estudo com o objetivo de analisar os sentimentos maternos diante da crise de asma do filho, proporcionando elementos para uma reflexão da prática do cuidar em enfermagem.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo de cunho etnográfico. Optou-se pelo método etnográfico, considerando-se que ele pode fornecer ao pesquisador condições de compreender o processo saúde-doença a partir do ponto de vista e da realidade dos próprios sujeitos, por meio do processo sistemático de observação, detalhamento, descrição, documentação e análise do estilo de vida ou da cultura ((COSTA e GUALDA, 2010; LEININGER, 1985).

O estudo foi desenvolvido no município de Teresina-PI, Nordeste do Brasil, com seis mães de crianças com diagnóstico de asma grave (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA PARA O MANEJO DA ASMA, 2012), que apresentavam faixa etária de 6 a 7 anos, acompanhadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) da Coordenadoria Regional de Saúde centro norte (CRS).

Foi solicitado às equipes da ESF da CRS que identificassem as crianças cadastradas, na sua área adstrita, que poderiam fazer parte do estudo, com base nos seguintes critérios: crianças com diagnóstico médico de asma grave há, pelo menos, seis meses e que tivesse como cuidadora principal a sua própria mãe. Três equipes selecionaram duas crianças, uma equipe selecionou três crianças e as demais equipes informaram que não possuíam crianças cadastradas que atendessem aos critérios estabelecidos.

A etapa seguinte foi marcada por um encontro na Unidade Básica de Saúde (UBS), entre as mães e a pesquisadora, de forma que se pudesse explicar os objetivos da pesquisa, assim como também o método a ser utilizado junto aos pesquisados.

Das nove mães, seis aceitaram fazer parte do estudo (M1 a M6). Após o contato inicial na UBS, momento em que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para participação em pesquisa envolvendo seres humanos, a pesquisadora foi à casa das mães para estabelecer o primeiro contato com sua realidade cultural e dar início à imersão no campo da pesquisa, etapa que se constitui na prática de “entrevistar informantes, observar rituais, deduzir os termos de parentesco, traçar as linhas de propriedade, fazer o censo doméstico...escrever seu diário” (GEERTZ, 2013).

A coleta de dados foi realizada no período de julho de 2012 a janeiro de 2013, por meio de entrevistas semiestruturadas, com gravação de voz, durante visitas quinzenais nos domicílios e no entorno social da mãe, momentos em que foram feitas observações participantes, que possibilitaram um maior envolvimento do pesquisador com os sujeitos, além do registro, em diário de campo.

O material proveniente do campo foi analisado e sistematizado seguindo os princípios da pesquisa qualitativa, que possibilitou a organização, ordenação, construção da tipificação e interpretação desse material, o que permitiu originar as categorias temáticas, assim como também fornecer subsídios para a construção final de um texto expressando a síntese do objeto de estudo (MINAYO, 2012).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal do Piauí e cumpriu com as exigências éticas das pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Resultados e Discussão

As mães, participantes do estudo, tinham idade entre 28 e 55 anos, com média de idade de 40 anos. Três dessas mães eram casadas, duas eram solteiras e uma era viúva. Em relação à escolaridade, uma nunca estudou, quatro cursaram o ensino fundamental incompleto e uma concluiu o ensino médio. A renda *per capita* de cada uma das famílias era menor que um salário mínimo nacional vigente à época

da pesquisa. Cinco mães eram católicas e uma era evangélica. Apenas uma mãe trabalhava fora de casa. Os domicílios tinham de quatro a sete cômodos e o número de moradores por domicílio variou de quatro a catorze pessoas. O número de filhos por família variou de dois a seis e todas as mães, exceto uma, possuíam mais de um filho asmático. As residências eram ligadas à rede de água e energia elétrica e a região não possuía esgotamento sanitário.

A aproximação com as mães, no seu próprio contexto social, permitiu a imersão do pesquisador no universo cultural do grupo estudado e a compreensão dos sentimentos e atitudes das mães diante da crise de asma de seu filho.

Nessas circunstâncias as mães ficavam assustadas e com medo, e consideraram que o melhor seria levar a criança imediatamente a um serviço de emergência, como demonstrado nas falas a seguir:

Quando meu filho começou a chorar e a ficar com falta de ar o levei imediatamente ao hospital. Fiquei muito preocupada [...]. (M2)

Fiquei muito assustada [...] meu filho acordou de manhã e já estava com muita falta de ar e com as extremidades arroxeadas, aí eu o levei rapidamente para a urgência [...]. Ele apresenta crises muito fortes e eu sempre levo para o hospital. (M4)

Os serviços de emergências vêm sendo utilizados como locais regulares de consultas de pacientes asmáticos, o que é inadequado, pois, além de causar superlotação desnecessária desses serviços, leva a deficiências no tratamento e no controle da doença, o que causa consequências negativas para as crianças, para as mães e para a sociedade (CAETANO *et al*, 2010).

Em uma visita a uma das mães, presenciou-se uma exacerbação de sintomas da asma na criança e a mãe entrou em um quadro de choro intenso, porque se encontrava sozinha em casa com seus outros três filhos pequenos. Identificou-se, também, que a mãe não possuía nenhuma medicação e nem equipamento, em casa, para uso no momento de crise, assim como também a criança não fazia uso de tratamento profilático. Ressalte-se, inclusive, que esta mãe tinha dois filhos asmáticos.

O estabelecimento adequado do plano terapêutico, com prescrição de medicamentos de manutenção e em situações de crise, além de orientações gerais sobre a asma, fornece à mãe segurança e tranquilidade diante das exacerbações dos sintomas da doença do filho, como demonstrado na fala seguinte.

Eu não fiquei com medo, porque eu já vi meu outro filho desse jeito, eu soube me controlar, [...] quando ele está em crise eu dou remédio em casa, primeiramente. Eu já tenho prescrita a medicação que meu filho deve usar quando aparecer a crise [...]. (M1)

As mães demonstraram grande vontade de prevenir as crises de asma de seus filhos. Nessa tentativa, porém, realizavam restrições à vida das crianças, geralmente relacionadas, entre outros, às atividades físicas, às práticas de brincadeiras e à alimentação, acreditando que essas restrições seriam benéficas à saúde do filho, o que se evidencia em falas como as que seguem:

Reclamo com ele para não andar ao Sol, não pegar poeira e nem tomar banho toda hora. (M2)

Evito poeira, dar banho e molhar a cabeça dele à tarde. (M3)

Não o deixo beber água gelada e nem chupar picolé [...]. Ele não pode correr [...]. (M5)

A maior parte das mães apontou também os cuidados ambientais como fatores necessários para o controle da asma em seus filhos, porém, às vezes, adotavam atitudes contrárias ao preconizado pelos consensos sobre a doença, aumentando a possibilidade de recrudescimento dos sintomas de asma na criança.

A casa é sempre limpa, não deixo ele ficar brincando com areia. (M6)

Sempre lavo e varro o quarto dele, porque a poeira e a fumaça prejudicam a doença. O ventilador tem que ser limpo, porque ficam aquelas sujeiras [...], nem toda colcha de cama eu posso usar, tem que ser aquelas feita com pano sem fiapo. (M1)

O desenvolvimento da asma ocorre devido a uma combinação de fatores genéticos e exposição ambiental. Assim, para o controle adequado desta afecção, é necessário que o espaço físico do ambiente domiciliar sofra uma reorganização, com retiradas de certos objetos e animais. Essas adaptações abrangem, necessariamente, a retirada de tapetes, plantas, cortinas, sofás estofados e animais domésticos (FROTA, MARTINS e SANTOS, 2008; SILVA, SILVA e SANTOS, 2009).

A vida da criança asmática nem sempre se desenvolve de maneira habitual, sendo, na maior parte dos casos, objeto de cuidados exagerados por parte das mães, em virtude do medo das exacerbações dos sintomas da doença, que muitas vezes impedem seus filhos de praticar atividades próprias da faixa etária infantil, como jogos ao ar livre, andar de bicicleta, ficar descalço, comer alimentos gelados, expor-se ao sol ou ao vento (FROTA, MARTINS e SANTOS, 2008; SILVA, SILVA e SANTOS, 2009).

A prática de atividade física, que em criança com asma não controlada é um fator precipitante de crise, constitui-se em um aspecto fundamental para o crescimento e desenvolvimento normal do infante, ao passo que interfere diretamente em sua saúde física e mental. A impossibilidade ou proibição da realização de esportes, acrescida da superproteção materna, pode acarretar na criança asmática quadros de depressão, isolamento social, baixa autoestima e falta de motivação (ALBUQUERQUE *et al*, 2011). Ressalta-se que as crianças não precisam deixar de realizar atividades físicas, pois estas apresentam como benefício a melhoria do condicionamento

aeróbico, reduzindo a suscetibilidade ao broncoespasmo induzido pelo exercício(DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA PARA O MANEJO DA ASMA, 2012),porém, o paciente precisa estar recebendo medicamento corretamente.

Por considerar a asma um problema de saúde pública, as instituições governamentais devem envidar esforços no sentido de garantir o acesso fácil de pacientes a serviços especializados para o seu tratamento e acompanhamento, principalmente em populações de baixo poder aquisitivo,. por conseguinte, os profissionais de saúde devem atentar-se para a elaboração de um plano terapêutico individual a cada paciente, respeitando suas necessidades clínicas e sua condição econômica, para não gerar impossibilidade de adesão aos tratamentos prescritos.

Conclusão

Com base na análise crítica dos relatos dos participantes, percebeu-se que as mães do grupo estudado são diretamente afetadas pelo diagnóstico da asma, e o modo como elas enfrentam a situação é determinante para a melhoria da saúde do filho. Elas interpretam que a asma necessita de cuidados e atenção, e sabem que, entre outras atitudes, o controle ambiental é de suma importância para manter seus filhos saudáveis e evitar episódios de exacerbação da doença. Porém, não realizam o manejo adequado da afecção, predispondo seus filhos, e a si mesmo, a situações estressoras, entre as quais se destaca a procura frequente pelo serviço de emergência.

Recomenda-se que os profissionais de saúde envolvidos na assistência à criança com asma desenvolvam atividades educativas, essenciais no processo de controle da asma, direcionadas aos pacientes e seus familiares, com o fim de melhorar a adesão ao tratamento, o manejo da doença e diminuir sua morbimortalidade.

Referências

ALBUQUERQUE, C. M.*et al.* Asma infantil sob a óptica materna: uma abordagem qualitativa. **Enfermagem em Foco**. 2011; 2(2): 120-3.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos Resolução nº 466**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.

CAETANO, J. A., *et al.* Conhecimento da família sobre os fatores precipitantes da crise asmática na criança. **Rev. Rene**; 11(3): 153-161. 2010.

COSTA, G. M. C. GUALDA, D. M. R. Antropologia, etnografia e narrativa: caminhos que se cruzam na compreensão do processo saúde-doença. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos**; v. 17 n.4: 925-37. Rio de Janeiro, out-Dez, 2010.

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma. **J. Bras. Pneumol.** 2012; 38(suppl 1): S1-S46.

FROTA MA, MARTINS MC, SANTOS RCAN. Cultural meanings of the infantile asthma.**Rev. Saúde Pública**. 2008; 42(3): 512-6.

GEERTZ, C. **A Interpretação das Culturas**. 1 ed, 213p. Rio de janeiro: LTC; 2013..

LEININGER, M.M. **Qualitative research methods in nursing**. Orlando: Grune & Stratton; 1985. 361p.

MINAYO MCS. Qualitative analysis: theory, steps and reliability. **Ciênc. Saúde coletiva**.; 17(3): 621-6, 2012.

SILVA, M. D. B., SILVA, L. R., SANTOS, I. M. M. O cuidado materno no manejo da asma infantil – contribuição da enfermagem transcultural. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**; 13(4): 772-79, 2009.

SILVA, N. F. Associação entre variáveis psicológicas e asma: uma revisão de literatura. **Psicologia em Revista**. 2012; 18(2): 293-315.

TRINCA, M. A.; BICUDO, I. M. P., PELICIONI, M. C. F. A interferência da asma no cotidiano das crianças. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum**. 2011; 21(1): 70-84.

Agradecimentos

À Prof.^a Dr.^a Rosana dos Santos Costa pela confiança em meu trabalho, às oportunidades que a mim tem oferecido na graduação e em outros projetos junto a pesquisas proporcionando-me crescimento acadêmico e pessoal. As minhas colegas Clara Ananda Santos e Jéssica Loureiro Mendes Silva que fazem do meu dia-a-dia mais tolerável e feliz. E a todos que diretamente ou indiretamente fazem parte dessa minha caminhada.

SERVIÇO SOCIAL E O REGISTRO EM PRONTUÁRIO: CONTRIBUIÇÕES À EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Jhennifer de Souza Góis – Universidade Estadual do Ceará (UECE) – jhennifersouza@yahoo.com.br

Charlliane Fernandes Gonçalves Ribeiro. – Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Tatiana de Castro Pedrosa Gomes – Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA)

Sandra Costa Lima (Orientador (a)) – Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Palavras-chave: Serviço Social. Saúde. Registro em Prontuário. Política de Humanização.

Resumo

A partir da experiência de estágio em Serviço Social em uma unidade hospitalar de Fortaleza, levantamos neste trabalho algumas reflexões acerca da prática profissional dos assistentes sociais no ambiente hospitalar e da importância do registro desses profissionais nos prontuários únicos dos pacientes internados e sua relação com a efetivação de elementos da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (PNH). A metodologia compreendeu a observação participante e a pesquisa bibliográfica e documental. A partir desta pesquisa percebemos o registro da intervenção do assistente social no prontuário como um mecanismo de fomento à interdisciplinaridade e efetivação da PNH.

Introdução

A Constituição Federal de 1988 trouxe muitos avanços em termos de direitos sociais. “A saúde foi uma das áreas em que os avanços constitucionais foram mais significativos” (CFESS, 2010, p.18), com o estabelecimento legal do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito da seguridade social, como direito de todos e dever do Estado e com uma concepção ampliada de saúde, que considera as determinações sociais e não apenas aspectos biológicos na relação saúde – doença.

O Serviço Social como profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho, tem como matéria-prima de seu trabalho as múltiplas expressões da questão social e é uma profissão eminentemente interventiva. Em seu exercício profissional, os (as) assistentes sociais atuam em diversas políticas públicas, dentre elas a política de saúde, sendo legalmente reconhecidos (as) como profissionais da saúde pelas resoluções nº. 218 de 1997, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e pela resolução nº. 383 de 1999 do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) (Martinelli, 2011).

Os assistentes sociais, historicamente, registram suas atividades e, na área da saúde, isto ocorre, geralmente, em três documentos: no livro de ocorrências do Serviço Social, no prontuário único do usuário e na ficha social. Entretanto, alguns profissionais e/ou estagiários têm dúvidas sobre como fazer esses registros, mais especificamente, sobre o que é relevante registrar.

Assim, experiência de estágio em Serviço Social nas unidades de internamento de um hospital nos trouxe diversos questionamentos e inquietações acerca da sistematização das ações dos (as) assistentes sociais de forma a garantir que o atendimento realizado pelo Serviço Social possa contribuir para o atendimento de outros profissionais e para o cuidado integral ao usuário.

Além disso, este trabalho foi motivado por uma pesquisa que estamos realizando nas unidades de internamento do hospital no qual estagiamos. A referida pesquisa é de natureza quantitativa, tratando-se de um levantamento semanal dos registros nos prontuários dos usuários das seis unidades de internação do hospital, incluindo a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com o objetivo de identificar o intervalo médio entre a admissão do paciente pelo hospital e a admissão do Serviço Social, como também quantificar os registros do Serviço Social por leito num intervalo de oito dias. Esta pesquisa ainda está em andamento, mas o seu processo de execução nos instigou a realizar uma análise qualitativa dos referidos registros.

Nesta pesquisa enfatizamos a sistematização da prática do assistente social no prontuário, isto por saber que “a existência do prontuário único e o registro nele por todos os trabalhadores que atendem o usuário pode ser um elo na compreensão das diferentes dimensões que envolvem o processo saúde-doença enfrentado pelo usuário” (MATOS, 2013, p. 142). Esta compreensão do prontuário único refere-se ao princípio do SUS da integralidade, em que o usuário deve ser visto como um todo.

Metodologia

Realizamos pesquisa bibliográfica com o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre o tema por meio das discussões atuais acerca da sistematização da prática dos assistentes sociais na área da saúde. Esta técnica é realizada a partir dos registros disponíveis, como livros, documentos, artigos e teses. (SEVERINO, 2007).

Como esta pesquisa deriva de uma experiência de estágio, a observação participante foi parte essencial deste estudo, tanto como estratégia de investigação quanto como uma técnica para uma melhor compreensão da realidade. A observação foi realizada durante o levantamento dos dados quantitativos relativos à pesquisa supracitada, pois neste processo aproveitávamos para realizar a leitura dos registros do Serviço Social nos prontuários pesquisados.

Resultados e Discussão

A inserção dos (as) assistentes sociais na política de saúde no Brasil pode se dar em diferentes direções. Bravo (2006) aponta que há dois projetos em disputa: o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária. O primeiro está relacionado ao neoliberalismo, voltado para o mercado e com uma postura de focalização, com os serviços de saúde sendo ofertados a quem pode pagar por eles e o Estado prestando minimamente esses serviços, de forma restrita, aos que não podem pagar por eles. E sobre o segundo, da reforma sanitária, podemos destacar como principais fundamentos dessa proposta a democratização do acesso, universalização das ações e a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; a descentralização com controle social democrático e a interdisciplinaridade nas ações. (CFESS, 2010)

O mesmo documento ressalta que há uma identificação entre o projeto ético-político do Serviço Social e o projeto de reforma sanitária, devendo assim a prática profissional dos (as) assistentes sociais na saúde estar voltada ao fortalecimento e aprofundamento do SUS a fim de efetivar o direito social à saúde. Assim, nesta área, o assistente social tem o desafio de identificar os aspectos sociais, econômicos, culturais e políticos envolvidos no processo saúde-doença vivenciado pelo usuário, familiares e amigos, para assim mobilizar estratégias para o enfrentamento dessas questões (MATOS, 2013).

Nesse sentido, o CFESS aponta elementos essenciais para uma atuação competente e crítica do Serviço Social no âmbito da saúde. Para fins deste estudo destacamos as seguintes: conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais envolvidos no processo saúde-doença; buscar a necessária atuação em equipe, visando a interdisciplinaridade da atenção em saúde; estimular a intersetorialidade; elaborar e participar de projetos de educação permanente e sistematizar o trabalho desenvolvido; potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais. (CFESS, 2010)

Tais diretrizes deverão nortear a prática profissional dos assistentes sociais em um cenário repleto de desafios para a consolidação de um sistema que tenha como horizonte o projeto da reforma sanitária. Dentre esses desafios podemos destacar a fragilidade em relação ao “acesso com qualidade aos serviços e bens de saúde e a ampliação do processo de co-responsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários nos processos de gerir e de cuidar” (BRASIL, 2012, p.7); “o baixo investimento em processos de educação permanente em saúde desses trabalhadores, a pouca participação na gestão dos serviços e o frágil vínculo com os usuários”; “despreparo [...] para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe”. (BRASIL, 2012, p. 8)

Nesse contexto, foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH) a fim de proporcionar as mudanças necessárias no cuidado em saúde, conceituando humanização como a “valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores” (BRASIL, 2012, p.8). Esta política é considerada transversal, ou seja, deve perpassar as diversas ações e

instâncias de atenção e gestão do SUS, sendo estruturada a partir de princípios, métodos, diretrizes e dispositivos. De modo geral, a PNH se orienta no sentido de valorizar a dimensão subjetiva e coletiva em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, construindo redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos. (BRASIL, 2012)

A política de humanização propõe uma visão ampliada do processo saúde-doença, considerando os aspectos biopsicossociais. A partir disso, temos a perspectiva da Clínica Ampliada, que, segundo o Ministério da Saúde (p. 16, 2007), “propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas na sua vida”.

Verificamos assim a consonância entre elementos de um fazer profissional crítico e competente em Serviço Social e a PNH, dentre eles estão especialmente pontos que enfatizam o desenvolvimento de atividades que contribuam para a participação popular, bem como do reconhecimento dos determinantes sociais em saúde e as atividades que se direcionam para uma prática interdisciplinar de atenção à saúde. O Código de Ética do Assistente Social enfatiza essa relação do serviço social com a interdisciplinaridade quando em seu 10º artigo prevê que é dever deste profissional “incentivar, sempre que possível, a prática profissional interdisciplinar” (BRASIL, 2011, p. 33).

Com a PNH, tivemos a criação de diversos documentos que visam orientar a prática do trabalho coletivo em saúde, dentre os quais podemos destacar a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (2011), a qual preconiza que ter registros atualizados no prontuário é um direito dos usuários do SUS, destacando o registro das avaliações dos profissionais da equipe. No caso do Serviço Social, o ideal é que toda intervenção realizada seja registrada no prontuário, até mesmo porque quando há um registro relevante e conciso da intervenção do assistente social, este pode contribuir para que os outros profissionais de saúde vejam o usuário na perspectiva da clínica ampliada. Entretanto, podem ser encontradas situações nas quais não se caminha nessa direção.

O registro do exercício profissional no prontuário é uma das formas de materialização da intervenção profissional e também uma maneira de dar visibilidade ao trabalho do Serviço Social na equipe de saúde para que este contribua para a intervenção dos outros profissionais de saúde. Entretanto, atualmente, ao contrário de um trabalho interdisciplinar, “tem-se a sobreposição de fazeres profissionais atuantes sob o mesmo usuário” (MATOS, 2013, p. 128).

A partir dessas considerações, é possível fazer uma análise dos registros nos prontuários realizados pelo Serviço Social na unidade hospitalar pesquisada. Primeiramente, é importante observar que não há uma unidade entre a forma de registro em prontuário dos profissionais de serviço social do referido hospital, assim, cada profissional tem realizado esses registros da forma que considera mais conveniente/interessante para o trabalho. O que há em comum é que, na maioria das vezes, o primeiro registro do serviço social no prontuário do paciente denomina-se Admissão Social. Este registro, via de regra, contém informações gerais sobre vínculos familiares/afetivos, renda, trabalho, vínculo empregatício, em casos de pacientes soropositivos para HIV informações relacionadas ao diagnóstico bem como em relação a sua condição sigilosa, se este é conhecido por mais alguém ou não.

Após esse primeiro registro, temos as evoluções¹ do prontuário, referindo-se ao desenvolvimento do trabalho dos (as) assistentes sociais com o paciente e/ou seus familiares/pessoas de referência. Essa forma de registro em prontuário iniciada por admissão e seguida por evoluções é comum a todos os profissionais que realizam registro nos prontuários. Entretanto, um aspecto que chama atenção é a demora que, muitas vezes, ocorre para que seja realizado o primeiro registro do serviço social em prontuário. Este fato pode gerar uma impressão pelos outros profissionais de saúde de que o serviço social está ausente do cuidado daquele usuário, representando uma fragilidade do suporte dado pelo serviço social, dificultando inclusive uma legitimação da atuação do assistente social frente às demais profissões no ambiente hospitalar.

A partir desta observação, também foi possível perceber que essa ausência de registros em prontuário pode ter diversas causas, tais como: o número reduzido de profissionais para atender a demanda, o que pode dificultar que de fato se realize um acompanhamento adequado a cada um dos pacientes internados no hospital; o fato de algumas assistentes sociais desconsiderarem a importância da realização desses registros; a dificuldade em ter acesso aos prontuários em virtude das atividades de ensino na área da medicina com residentes e internos que desenvolvem suas atividades nas unidades de internação e detêm consigo por muito tempo esses prontuários, dificultando o acesso a eles por outros profissionais e, por fim, a dificuldade de comunicação com pacientes entubados e a ausência de acompanhantes para fornecer as informações necessárias, como se dá especialmente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Observamos ainda que alguns profissionais realizam registros que não condizem com o objeto de intervenção do serviço social, como anotações sobre estado físico dos pacientes com avaliações que, enquanto assistentes sociais, não temos tal competência. Esse tipo de anotação pode estar relacionado à formação anterior de algumas profissionais, como no caso de algumas assistentes sociais que atuavam anteriormente como técnicas de enfermagem, por exemplo. Verificamos também evoluções como as supracitadas por Matos, como “paciente com acompanhamento familiar”.

Há alguns fatos que podem ser determinantes para esses tipos de registros, entretanto concordamos com Matos (2013, p. 129) quando o mesmo afirma que “a falta de clareza dos profissionais de Serviço Social sobre o que fazem pode estar contribuindo para que o próprio assistente social tenha dificuldade de identificar que as informações que detém são relevantes para os outros trabalhadores”.

Ao mesmo tempo, identificamos também registros que contribuem para legitimar a atuação do assistente social no trabalho coletivo em saúde, nos quais se apresentava de forma clara o objeto de intervenção do serviço social bem como suas competências e atribuições em unidades de internamento de um ambiente hospitalar. Os referidos registros contemplam aspectos sociais, econômicos, culturais e políticos envolvidos no processo saúde-doença, evidenciando condutas e estratégias para o enfrentamento dessas questões.

¹ Essas evoluções são características dos prontuários e inerentes a todos os profissionais de saúde.

Conclusão

A partir deste estudo percebemos que muitos registros não são feitos de forma clara e objetiva e nem sempre contém informações relevantes para que se dê continuidade ao acompanhamento iniciado e para que a intervenção do assistente social contribua para uma visão ampliada do processo saúde - doença. Por vezes, identificamos evoluções esvaziadas de conteúdo, as quais pouco contribuem para o cuidado do usuário, dificultando a continuidade ao acompanhamento iniciado, especialmente considerando a rotina hospitalar, regida por plantões, na qual outro profissional muitas vezes precisa dar continuidade ao trabalho já iniciado. Esta fragilidade encontrada em alguns registros pode ser resultante da pouca participação em atividades de educação permanente em saúde, o que pode ocorrer devido a vários aspectos, os quais podem ser objetos de outros estudos.

Podemos assim apreender que a prática profissional dos (as) assistentes sociais, quando realizada de forma crítica e competente, se constitui em importante elemento para a efetivação da Política de Nacional de Humanização. Concluimos também que os registros em prontuário são determinantes para a legitimação dos assistentessociais como integrantes da equipe multiprofissional do hospital e podem contribuir para o fortalecimento de uma atenção integral em saúde ao ser também um mecanismo de fortalecimento da interdisciplinaridade, o que também pode ser percebido como uma contribuição à efetivação da PNH.

Referências

BRASIL. **Código de Ética do/a Assistente Social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10^a. ed. revista e atualizada. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 3^a ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Humaniza SUS**: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRAVO, M.I.S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A.E. et al. (Org). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006, p.88-110.

CFESS. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília: CFESS, 2010.

MARTINELLI, M.L. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. In: **Serviço Social e Sociedade**. Nº. 107. São Paulo: Cortez, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282011000300007>>. Acesso em 27 ago. de 2014.

MATOS, M. C. **Serviço Social, Ética e Saúde**: reflexões para o exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2013.

MINAYO, M. C. S. (Org.); DESLANDES, S. F. GOMES, R. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 33^a Ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2013.

SEVERINO, A.J. **Metodologia do Trabalho Científico**. 23 ed. rev. e atualizada. São Paulo: Cortez, 2007.

Agradecimentos

Agradecemos à equipe de trabalho da unidade hospitalar na qual a pesquisa foi realizada por sua receptividade e disposição em nos envolver nos processos de trabalho, proporcionando-nos um ambiente de constante incentivo ao aprendizado crítico e comprometido para o desenvolvimento de uma formação para uma prática profissional crítica e competente. Agradecemos também ao Programa Bolsa de Incentivo à Educação na Rede SESA (PROENSINO - SESA) que nos proporciona a oportunidade de aprendizado no ambiente de trabalho em saúde aliado à oportunidade do desenvolvimento de pesquisa. E ainda agradecemos a nossos familiares que dão o suporte necessário para que nos dediquemos a tais práticas.

SERVIÇO SOCIAL NA ONCOLOGIA E HUMANIZAÇÃO: A ÓPTICA DOS USUÁRIOS SOBRE A INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL.

Aline Luiza de Paulo Evangelista (Apresentadora) – Instituto do Rim

Email: alineluizaevangelista@hotmail.com

Maria Sônia Lima Nogueira (Orientadora) – Universidade Estadual do Ceará

Palavras-chave: Serviço Social e Saúde. Saúde. Oncologia. Humanização.

Resumo

O presente estudo trata da prática do Serviço Social na Oncologia e a sua relação com a humanização dos serviços de saúde, considerando a óptica dos usuários que recebem o atendimento do profissional assistente social. Com isso, a escolha da temática do presente trabalho ocorreu através da necessidade de dar visibilidade a atuação do assistente social e da sua relação com a humanização e os pacientes oncológicos, considerando o atendimento realizado aos mesmos que apresentam fragilidades sociais e emocionais.

Sabemos que o assistente social comprometido com o projeto ético-político da profissão é um profissional que tem o seu trabalho voltado para atendimento às necessidades dos usuários dos serviços, mas ao mesmo tempo representa a instituição para qual trabalha. A prática do Serviço Social está pautada na compreensão da realidade social que o profissional tem em seu cotidiano mediante as necessidades apresentadas pelos usuários e as possibilidades de intervenção a partir do norte escolhido entre as demandas dos usuários e as exigências dos contratantes.

Os usuários demonstraram em seu cotidiano a necessidade do atendimento do Serviço Social devido o compromisso existente com a resolução das demandas apresentadas. Foi possível perceber o quanto valorizam essa profissão na oncologia, considerando que os profissionais dessa área contribuem para o tratamento do câncer em relação à vida social. É notório ainda que os usuários percebem o atendimento do Serviço Social na dimensão da ajuda e do amparo, mas não do direito a eles inerente.

Introdução

Ao percebermos a necessidade de dar visibilidade ao trabalho do assistente social junto aos pacientes oncológicos, que apresentam fragilidades sociais e emocionais devido ao câncer ser uma doença crônico-degenerativa, temos que a atuação do assistente social em oncologia está na prevenção, na assistência e nos cuidados paliativos, além do desenvolvimento de atividades com os familiares vinculadas ao setor de Serviço Social.

Este estudo pretende contribuir cientificamente para o debate na categoria profissional do Serviço Social sobre sua atuação junto a usuários da oncologia e buscar uma compreensão dos usuários sobre o atendimento recebido e a dinâmica que envolve a vida dos mesmos, podendo assim fomentar futuras políticas públicas para a área oncológica a partir da relação direta existente entre o social e a saúde, podendo inclusive servir para a avaliação do serviço.

Para a pesquisa, consideramos que o tratamento do câncer deve ser acompanhado desde o diagnóstico e em todo o processo de tratamento. Daí a importância de uma equipe multidisciplinar para contribuir com a qualidade de vida do paciente através do apoio às necessidades físicas, emocionais, psicológicas, espirituais e sociais.

Metodologia

O trabalho realizado possui natureza qualitativa, pois segundo Goldenberg (2000) a pesquisa qualitativa tem como base a compreensão dos fenômenos em sua subjetividade. Utilizamos a observação não participante na qual o pesquisador não se integra totalmente ao grupo observado, sistematizando a observação por meio do Diário de Campo (LAKATOS; MARCONI, 2008). Como técnica de coleta de dados utilizamos a entrevista semiestruturada, de acordo com Gil (1991), que é direcionada por uma relação de pontos de interesse que o entrevistador vai explorando ao longo de seu curso com perguntas pré-definidas que vão guiando o caminho do pesquisador.

Gravamos as entrevistas, conforme a permissão dos informantes através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, e mantivemos o sigilo de suas identidades ao nos referirmos a eles durante o estudo de outro modo, mais especificamente, com as características que nos foram perceptíveis pela experiência de vida dos mesmos e pelo desejo dos mesmos de vê-las na qualificação dos profissionais que os atendem.

O campo de pesquisa que escolhemos foi o Hospital Haroldo Juaçaba (HHJ) por ser referência nacional no tratamento de câncer e atender usuários da rede pública de saúde. Definimos os sujeitos participantes da pesquisa a partir do método de saturação teórica, indicada por Minayo (2004), no qual as respostas para os objetivos da pesquisa vão sendo alcançadas e sendo tornadas comuns pelos discursos dos sujeitos. Desse modo, selecionamos entrevistar os usuários do serviço, numa inclusão gradativa de informantes, sendo que inicialmente foram entrevistados cinco sujeitos devido à amostragem por saturação, mas totalizamos um universo de quinze sujeitos, considerando a necessidade de mais dados que não foram suficientemente coletados com as cinco primeiras entrevistas.

A organização e a análise dos dados foram realizadas a partir da compreensão dos materiais coletados com base nas discussões teóricas e considerando as categorias de análise da pesquisa. Assim, fizemos um diálogo entre os teóricos que discutem a temática, utilizando o método análise de conteúdo temático proposto por Minayo (2004) com base no pensamento de Bardin.

Resultados e Discussão

O Serviço Social na oncologia busca melhorar a qualidade de vida das pessoas acometidas pelo câncer, realizando atendimento às demandas decorrentes do tratamento da doença. Concordamos com Sodré quando explica a importância da especificidade da atuação profissional dos assistentes sociais. Nesse sentido ele refere que

O que aqui queremos afirmar é que esse trabalho requer uma ação política por excelência. Dinamizar redes, ativar e conhecer as dinâmicas produtivas dos territórios, conhecer hábitos e a cotidianidade da coletividade posta em análise nas lentes das unidades de saúde focadas no território. Um trabalho característico da ação de um profissional de Serviço Social (SODRÉ, 2010, p. 464).

Essa importância na óptica dos entrevistados é percebida quando do agradecimento dos mesmos em relação ao atendimento humanizado realizado pelo Serviço Social do Hospital Haroldo Juaçaba (HJJ). A compreensão de que a própria vida é um direito humano não é recorrente nas falas dos entrevistados, entendem apenas que todo o atendimento profissional é ajuda, favor. Nesse sentido, lemos na entrevista a seguir:

Ave-maria, se num fosse a assistente social. Mal de mim se num fosse essa grande ajuda que nós todos tamos tendo. Por que né só eu, é todos. Como que eu ia? da onde eu ia achar dinheiro pra pagar aluguel? que as condição não da, meu salário atual só ta dando pros remédio e pouca coisa. É, se num fosse essa ajuda que nós tamos tendo, num teria nem pra onde ir. Por que não tem. Parente muito longe, num sei nem onde eles tão. Então eu, pra mim é importante, uma benção de Deus. (Refúgio)

Segundo Merhy (1997) a relação entre usuários e profissionais dentro de um processo de trabalho estabelece um vínculo que sempre existirá durante os atendimentos. Com isso, o atendimento do Serviço Social no HHJ para os pacientes entrevistados aparece com a compreensão de que o assistente social olha com atenção para suas necessidades, eles (usuários) sentem que são importantes mesmo estando com uma temível doença, considerando que não são reduzidos apenas ao recebimento de medicamentos para o tratamento do câncer.

O Serviço Social ao identificar as necessidades dos pacientes acompanhados intervém nas mesmas de acordo com os mecanismos disponíveis existentes tanto internos quanto externos à instituição. Daí a importância do atendimento na visão dos atendidos, pois na equipe multidisciplinar, o assistente social tem como responsabilidade a vida social dos pacientes. Depende desse profissional a identificação das demandas e a garantia dos direitos sociais frente às exigências na sociedade capitalista.

A partir disso concordamos com Iamamoto quando explicita que o profissional do Serviço Social tem na contemporaneidade o desafio de decifrar a dinâmica da sociedade que coloca novas refrações da questão social, produzindo e reproduzindo as desigualdades sociais.

Decifrar as novas mediações por meio das quais se expressa a questão social, hoje, é de fundamental importância para o serviço social em uma dupla perspectiva para que se possa tanto apreender as várias expressões que assumem, na atualidade, as desigualdades sociais — sua produção e reprodução ampliada — quanto projetar e forjar formas de resistência e de defesa da vida (IAMAMOTO, 2001, p. 28) .

Essa realidade ao ser inserida na Oncologia aparece na fala de todos os entrevistados quando tentam explicar a importância do Serviço Social em suas vidas. Dificuldades como moradia, transporte, tratamento e alimentação aparecem nas entrevistas realizadas como os principais aspectos da necessidade de se ter o Serviço Social na área da saúde.

O trecho aqui destacado mostra parte da entrevista com uma paciente explicando em sua concepção a importância da prática do Serviço Social na oncologia através da atenção recebida durante os atendimentos realizados.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Muito, muito importante. Não pode nem faltar. É porque ela não tá só lá, ela tá com a gente. Ela vem para cá, elas são lindas e maravilhosas, se depender de mim elas nunca vão sair dali. Quando vamos pedir alguma coisa ela dá. Ela diz: a gente vai atender a senhora, assim, assim, assim. Tudo calmamente, não pode ser melhor e mais importante. Todos tem que apoiar o assistente social, sem o assistente social não vai para a frente não, tudo só vai para a assistente social. Os médicos é um, vai para outra pessoa é outro. Mas o assistente social tá ali para ajudar a todos. Se tá dizendo assistente social é para todo mundo, não só para mim, para todo mundo que merecer esse apoio. (Transparência).

Com essa “ajuda” e “calma” citada pela paciente é possível notarmos que o reconhecimento social da profissão está relacionado à produção dos serviços para os usuários que têm suas demandas mediatizadas, apesar dos limites impostos ao trabalho profissional através da saúde pública brasileira. Ao analisarmos os escritos de Costa (2009) concordamos com a autora, ao citar que a prática do Serviço Social na saúde está concentrada, prioritariamente, nas “ações de caráter emergencial assistencial, educação, informação e comunicação em saúde, planejamento e assessoria e mobilização e participação social”. (COSTA, 2009, p. 315-316)

Essa outra entrevistada também buscou explicar que o assistente social é importante por auxiliar (“ajudar”) na resolução das demandas apresentadas, principalmente, quando diz respeito aos procedimentos do tratamento e a necessidade de contatar os médicos. Segue sua fala:

Assim, é importante porque se você precisar ela ajuda né? Teve uns exames que eu fiz e eu num tinha a consulta marcada ela foi e mostrou os médico, meus exame. Ai ele mandou eu fazer até outros exame ai eu fiz. Foi ela, a assistente social que amostrou né? Ela foi, levou pro médico, ai depois ligou pra mim, no Tianguá dizendo que ele tinha pedido pra eu fazer outros exame. Aí eu fiz. Vim fazer tudo graças a ela assistente social. (Esperança)

Consideramos a partir da fala da entrevistada que o trabalho multidisciplinar para atender aos pacientes proporciona melhor atendimento aos mesmos, tendo em vista que são diversas concepções organizadas para identificar as demandas desses usuários. Assim, o assistente social compondo a equipe multidisciplinar de saúde identifica as necessidades e as demandas sociais trazidas pelos pacientes, compreendendo estes em sua totalidade e possibilitando o atendimento integral à saúde a partir do seu conhecimento teórico-prático.

Consideramos que não são as instituições que determinam a inserção dos assistentes sociais em seus diversos espaços sócioocupacionais, mas sim as demandas que se apresentam na dinâmica histórica da sociedade. Na saúde, não podemos deixar de perceber que os usuários além da doença, apresentam uma vida social complexa permeada de experiências de vida e de valores acumulados ao longo de sua existência.

Dessa forma, os profissionais do Serviço Social no HHJ amenizam as tensões existentes entre os desígnios da equipe médica, as burocracias institucionais e as necessidades dos pacientes, pois o conhecimento do assistente social é competente para analisar a realidade social na qual se inserem os usuários do serviço. De acordo com Paiva (2000, p. 81)

Como trabalhador especializado, o assistente social deve apresentar propostas profissionais que vislumbrem soluções para além da requisição da instituição, cujas demandas são apresentadas na versão burocratizada e do senso comum, destituídas da tradução ético-política ou interpretação teórico-metodológica. Portanto, cabe ao assistente social a responsabilidade de imprimir, na sua ação, os saberes acumulados pela profissão ao longo do processo de reelaboração das demandas a ele encaminhadas.

Desse modo, consideramos que os entrevistados atribuem significados à prática do Serviço Social na oncologia a partir do conhecimento do senso comum presente em suas consciências, pois os pacientes (atores sociais) fazem suas próprias definições sobre a atuação do assistente social na área da saúde e a necessidade desse profissional ser comprometido com a humanização dos serviços.

Portanto, o Serviço Social é concebido pelos pacientes como o setor que possui comprometimento com a resolução das demandas através de um atendimento humanizado, responsável por orientar e encaminhar os usuários para os mecanismos disponíveis na sociedade. Destacamos ainda que a humanização dos serviços na óptica dos pacientes é referente à escuta qualificada e ao modo de recebê-los das profissionais. Marx (1984, p. 45) afirma que “a consciência jamais pode ser outra coisa que o homem consciente e o ser dos homens é o seu processo de vida real”, nesse sentido, os pacientes geram a identidade social do Serviço Social na realidade na qual estão vivenciando com o tratamento do câncer.

Conclusão

Com a política de saúde coletiva brasileira, o campo de atuação dos assistentes sociais foi alargando-se e, atualmente, configura-se em um dos principais espaços sócioocupacionais desse profissional, emanando desafios para a realização de possíveis intervenções. Afirmamos isto, pois existe “uma tensão entre o trabalho controlado e submetido ao poder empregador, as demandas dos sujeitos de direitos e a relativa autonomia do profissional [assistente social] para perfilar o seu trabalho” (IAMAMOTO, 2007, p. 424).

A atuação do assistente social na saúde possibilita a democratização do acesso a informações para os usuários sobre os direitos e os deveres dos mesmos, objetivando a construção de consciências sobre as necessidades que aparecem, sendo possível a realização de ações que gerem mudanças significativas na vida desses sujeitos. Ressaltamos que não apenas pela intervenção do Serviço Social, mas pela compreensão dos mesmos de que são atores sociais capazes de transformarem a sua condição social mesmo na fragilidade gerada pela doença enfrentada, mais precisamente, o câncer.

Foi possível identificar no estudo que o assistente social tem a sua prática voltada às necessidades dos usuários dos serviços e estes criam em suas consciências uma identidade social do profissional do Serviço Social. Podemos compreender o trabalho do assistente social de acordo com Nicolau (1999) quando afirma que o trabalho profissional está articulado à definição de um espaço social permeado de relações sociais das mais diversas ordens que formam uma engrenagem, indicando as maneiras como os profissionais interferem na dinâmica de trabalho no interior desses espaços ocupacionais.

Podemos afirmar que o grupo de pacientes participantes da pesquisa vincula o Serviço Social às necessidades sociais que os mesmos possuem como a alimentação, a habitação e o transporte, tendo conhecimento de que é o profissional assistente social o único capaz de orientá-los e de intervir na demanda apresentada. Esse conhecimento gerado pela confiança aparece na concepção dos mesmos como uma proteção que não existe em outros profissionais.

Podemos relacionar essa óptica dos pacientes segundo Netto (2006), quando o autor afirma que o assistente social tem em sua prática a fundação profissional que viabiliza recortes dos objetos em função da elaboração teórica que compõe um saber específico, portanto, a atuação desse profissional é guiada a partir de um conhecimento teórico-prático e não apenas da boa vontade.

Daí considerarmos de suma importância, tal como os usuários apresentaram em suas falas, as ações voltadas à resolução de suas demandas, pois o fazer profissional é direcionado a partir do ideal da coletividade, não sendo possível a emancipação humana sem a relevância da participação do próprio homem nesse processo. A prática do assistente social na oncologia voltada para a resolução das demandas apresentadas pelos usuários, possibilitou a percepção da identidade da profissão atribuída por esses sujeitos, bem como sua importância expressa nas intervenções realizadas a partir de uma linguagem mais próxima a dos usuários e mais humana, saindo do eixo “auxílio-ajuda-amparo” e partindo para a percepção do “sujeitos de direitos”.

Referências

COSTA, Maria Dalva H. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) Assistentes Sociais**. In Serviço Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional, 4 ed, São Paulo: Cortez, 2009.

_____. **Os elos invisíveis do processo de trabalho em saúde: um estudo sobre as particularidades do trabalho dos assistentes sociais nos serviços públicos de saúde nos anos 90 em Natal (RN)**. Recife: UFPE (Dissertação de Mestrado), 1998. (mimeo).

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1989.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. 4. ed. Rio de Janeiro: Record, 2000.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche – capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez, 2007.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica**. 6ª Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MARTINELLI, M. L. **O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos**. Serv. Soc. Soc. Nº 107, p. 497-508. São Paulo: 2011.

MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. São Paulo: Hucitec, 1984.

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

_____. MINAYO, C. G. **Difíceis e possíveis relações entre os métodos quantitativos e qualitativos nos estudos dos problemas de saúde**. Rio de Janeiro: Ensp, 2001.(mímio).

NETTO, José Paulo. **A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social**. São Paulo: OPAS, OMS. Ministério da Saúde, 2006.

NICOLAU, Maria Célia Correia. **O Aprender do Fazer (Representações Sociais do Fazer-Profissional de Assistentes Sociais)**. Tese (Doutorado em Educação). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 1999.

PAIVA, Beatriz Augusto. **Reflexões sobre pesquisa e processos de formulação e gestão**. In: CFESS/ABEPSS. Capacitação em Serviço Social e política social. Módulo 4: O trabalho do assistente social e as políticas sociais. Brasília: CEAD, 2000.

SODRÉ, Francis. **Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 103, p. 453-475, jul./set. 2010.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus, pois sem ele não existiria a sabedoria necessária para a realização do presente estudo. A minha gratidão à orientadora Prof^a. Sônia Lima pelo companheirismo dedicado durante o desenvolvimento do trabalho. Agradecimento indispensável aos profissionais, assistentes sociais ou não, que compõem o quadro de funcionários do Hospital Haroldo Juaçaba (HHJ) e aos sujeitos entrevistados da pesquisa, pois sem a contribuição destes o presente estudo não teria sido realizado.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Andréa Carvalho Araújo Moreira (apresentadora) – Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Professora do Curso de Enfermagem das Faculdades INTA e da Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA. Email: dreamoreira@yahoo.com.br

Maria Isla Ribeiro Araújo – Faculdades INTA

Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas – Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Antônia Eliana de Araújo Aragão – Faculdades INTA

Maria Josefina da Silva (orientadora) – Universidade Federal do Ceará

Palavras-chave: Idoso. Sexualidade. Pesquisa qualitativa.

Resumo

O estudo objetivou **conhecer a vivência dos idosos diante da sua sexualidade. Trata-se de um estudo** do tipo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, realizado no município de Santa Quitéria, Ceará. A coleta de dados deu-se nos meses de outubro e novembro de 2013. Participaram do estudo sete idosos, com idade a partir de 65 anos, participante do Projeto Vida Ativa e que tinham facilidade para expressar-se oralmente. Utilizou-se um roteiro-semi-estruturado para realização de entrevistas, em seus domicílios, com questões acerca da percepção dos idosos sobre sexualidade e sua vivência. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, em seguida categorizadas em subtemas: 1. Caracterização sócio-demográfica dos idosos; 2. Percepção dos idosos acerca da sexualidade e 3. Vivência dos idosos na sexualidade. Os idosos apresentavam idade mínima 65 anos e máxima 78 anos. A maioria dos participantes foram mulheres. Todos eram aposentados. O nível de escolaridade predomina foi o ensino fundamental. Ao serem indagados sobre a percepção acerca da sexualidade, verificou-se que os idosos a compreendem como um misto de sentimentos que envolvem o ato sexual. Relataram ainda que praticam o ato sexual, não como na sua juventude, mas de uma forma adaptada ao estágio de sua vida. Contudo, esse estudo pode mostrar que independente das formas, a sexualidade ainda é vivenciada pela maioria dos idosos e esta é considerada como algo necessário e positivo para seu bem-estar. Portanto, evidencia-se a necessidade dos profissionais de saúde, que cuidam de idosos, ampliar o seu olhar clínico para a abordagem sexual.

Introdução

A sociedade padroniza deveres e direitos, permissões e proibições para cada fase cronológica da vida humana, mas, sem dúvida, a que mais se destaca com proibições dos seus direitos, das suas escolhas e da demonstração de seus prazeres é quando o ser alcança uma idade mais avançada. E quando a questão é sexualidade, é mais carregada de castrações e proibições. O idoso, possuindo o conhecimento adequado sobre seu corpo, tanto nas mudanças físicas, psicológicas e culturais ocorridas e tendo informações a respeito de sexualidade, pode alcançar e manter uma atividade sexual satisfatória (FRUGOLI e MAGALHÃES JÚNIOR, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (2011) definiu sexualidade como uma energia que encontra a sua expressão física, psicológica e social no desejo de contato, ternura e às vezes amor, um conjunto de sentimentos. O desenvolvimento da sexualidade acontece durante toda a vida do indivíduo e dependem da pessoa, das suas características genéticas, das interações ambientais, condições socioculturais e outras, conhecendo diferentes etapas fisiológicas: infância, adolescência, idade adulta e senilidade.

Sexualidade engloba muito mais do que atos físicos. Inclui amor, carinho, calor e comunhão entre as pessoas. Significa enxergar além dos cabelos brancos, das rugas e de outras manifestações do envelhecimento. O bem-estar com a reciprocidade de sentimentos proporciona um levantamento da auto estima desses indivíduos (ELIOPOULOS, 2011).

Ao se exporem os parâmetros de sexualidade ditados pelos jovens e adultos, não se permite que, por exemplo, um idoso ame ou se expresse de qualquer outra forma socialmente; não se leva em consideração a possibilidade de um relacionamento físico e amoroso na terceira idade, deixando o idoso convencido de que é impossibilitado desse sentimento e até mesmo do ato em si. O amor e a vida sexual na terceira idade são vistos como tabu, porque a sociedade ainda concebe que somente aos jovens é dada a possibilidade de amar e manifestar sua sexualidade, relegando ao indivíduo idoso o amor platônico ou à abstinência sexual (ALMEIDA e LOURENÇO, 2007).

A equipe de saúde deve estar atenta e preparada para dar o suporte necessário aos idosos com suas intensas modificações que envolvem a plasticidade, a aparência e a imagem do corpo, que vão sendo confundidas com o feio. Os profissionais não devem tratar o idoso como um ser em degeneração, cheio de constrangimentos e uma visão distorcida do seu ser, mas ao contrário, devem criar situações, momentos em que juntos deixem sobressair a valorização da auto-estima, ajudando relevantemente no psicológico (FIGUEIREDO e TONINI, 2012).

Em meio há muitas transformações é importante ressaltar que o idoso vivenciou a vida sexual que se permitiu na juventude e na maturidade. Se esse ser entregou-se e usufruiu, saberá encontrar formas de satisfação na velhice. Acredita-se que desejos tão vitais como amor e sexo permanecem por toda a vida, o que muda é a consciência de como vivê-los (CARVALHO FILHO e PAPALÉO, 2006).

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Contudo, estudo aponta que a sexualidade é também fonte de angústias e contradições: é para o homem desejar sem ter como concretizar seu desejo, e para a mulher, a quem a cultura muitas vezes interdita a própria possibilidade do desejo (CARVALHO FILHO e PAPALÉO, 2006).

Diante do exposto, veio o desejo de compreender a vivência da sexualidade na velhice, cerceada por significados sociais e culturais que implicam na qualidade de vida dos idosos. Portanto, questionamos para este estudo qual a percepção do idoso sobre sua sexualidade? Como os idosos vivenciam sua sexualidade?

A relevância do estudo estará em trazer conhecimentos a respeito da percepção dos idosos sobre sua sexualidade, subsidiando aos profissionais de saúde elementos que auxiliem na compreensão deste fenômeno e ensejando estratégias específicas de cuidado a clientela que vivencia esta fase da vida.

A sexualidade na terceira idade ainda é encarada por muitos como um processo atípico fazendo com que os idosos sintam o preconceito de forma clara, restringindo-os de vivenciá-la em seu cotidiano. No entanto, poucos são os estudos que exploram a temática em questão. Desta forma, faz-se necessário ampliar pesquisas na área que dêem suporte a gestores, profissionais e comunidade na problemática em questão.

Sabe-se que o envelhecimento é uma realidade mundial e enfrentaremos a cada dia questões específicas desta fase da vida. Neste estudo, objetivou-se **conhecer a vivência dos idosos diante da sua sexualidade**.

Metodologia

O estudo caracteriza-se como uma pesquisa exploratório-descritiva com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada no município de Santa Quitéria, situado na zona Norte do Estado do Ceará, com área territorial de 4.260 km² e uma população de aproximadamente 42.763 habitantes. (IBGE, 2010).

O estudo foi desenvolvido junto ao Projeto Vida Ativa do referido município. Este Projeto é fruto de uma parceria com o Centro de Referência da Assistência Social-CRAS e a Secretaria de Ação Social do município de Santa Quitéria. Os encontros realizam-se duas vezes por semana, segundas e quartas. Para a realização das atividades do Projeto, há uma parceria com os profissionais da Estratégia Saúde da Família, que participam de modo voluntário, como enfermeiros, fisioterapeutas e nutricionistas, onde orientam os idosos sobre o envelhecimento saudável.

A fase da coleta de dados propriamente dita aconteceu nos domicílios dos idosos, durante os meses de outubro e novembro de 2013.

Participaram sete idosos que frequentaram no mínimo cinco encontros do Projeto Vida Ativa, onde os mesmos eram orientados no tempo e espaço e que tinham facilidade de comunicação. Contudo, foi utilizado o critério de saturação dos dados conforme preconizado por Minayo (2008), pois “a validade da amostra está na sua potencialidade de objetivar o objeto empiricamente, em todas as suas dimensões”.

A coleta de dados contou com a realização de uma entrevista direta e individual seguindo um roteiro semi-estruturado. As entrevistas foram gravadas e transcritas. Para a coleta das informações solicitamos a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos sujeitos mediante a leitura e concordância do documento.

A análise dos dados foram fundamentados nos pressupostos da Análise Temática, que conforme Minayo (2008) é composta por três etapas: A primeira etapa consiste em determinar a unidade de registro, a unidade de contexto, os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos gerais. Na segunda etapa, o pesquisador busca categorias, que são expressões ou palavras que significam a redução textual. Posteriormente escolhe as regras de contagem por meio de índices quantitativos e faz a classificação e agregação dos dados. Por fim, na terceira etapa, os dados são submetidos a porcentagens ou análise fatorial, a partir daí busca interpretações correlacionando com o referencial teórico do tema proposto.

Assim sendo, os dados foram organizados conforme as categorias temáticas emergidas, as quais foram: 1. Caracterização sócio-demográfica dos idosos; 2. Percepções dos idosos acerca da sexualidade e 3. Vivência dos idosos na sexualidade. A discussão dos resultados se deu de forma descritiva a luz da literatura com enfoque nas temáticas de envelhecimento, sexualidade e promoção da saúde.

A pesquisa seguiu os pressupostos da Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde a qual envolve pesquisas com seres humanos. Os dados foram coletados após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, sob o número do parecer 420.435 e CAAE 20429113.6.0000.5053.

Resultados e Discussão

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Com relação a primeira categoria, que trata da **caracterização sócio-demográfica dos idosos**, constatou-se que a maioria dos entrevistados são mulheres, possuem um grau mínimo de instrução, ensino fundamental.

Verificou-se que a idade mínima dos idosos participantes é 65 e o máximo 78 anos. O sistema de saúde deve preocupar-se que dentre os idosos existem ainda aqueles de maior risco que são os chamados muito idosos. Emerge aí uma demanda quando se observa que o sub estrato de idosos mais idosos, os chamados da quarta idade, tendem a fragilizar-se, integrando a estimativa de 85% daqueles que sofrem no mínimo de uma doença crônica, dos quais pelo menos 10% em condições de comorbidade (MENDES, 2012).

A situação conjugal para a maioria dos idosos é a situação de casado, constando apenas um solteiro. O fato de ser casado favorece a saúde dos idosos na medida em que este idoso conta com um companheiro estabelece uma relação sólida de amor, afeto, carinho e diálogo. Além disso, os próprios cuidados com a saúde são partilhados, pois no convívio um irá auxiliar o outro na troca de cuidados.

Com relação à profissão observa-se que todos são aposentados, embora alguns desenvolvam trabalhos informais como costureira e pedreiro. Segundo Berger (2005), a perda da posição social após a aposentadoria leva o idoso a interromper suas responsabilidades relacionadas ao mundo do trabalho e da produção, gerando rótulo de inútil e improdutivo. Se não houver um planejamento prévio envolvendo todo o grupo familiar, o desvinculamento com o trabalho torna-se traumático, envolvendo a perda da auto-identidade e levando a alguns distúrbios psicológicos e depressão.

Portanto, talvez pelo sentimento gerado de ser inútil, o idoso procure desenvolver atividades informais como evidenciado nesta pesquisa.

Percepções dos idosos acerca da sexualidade

Nesta categoria temática buscou-se compreender o conhecimento dos idosos sobre a sexualidade. Observou-se que os idosos associam a sexualidade às relações de afeto, amor, carinho e não meramente ao ato sexual, conforme afirmam os idosos.

“A pessoa transar, mas tem que ter amor, carinho e respeito.” (E1)

“Sexualidade é um respeito, uma compreensão e um carinho que a gente sente um pelo outro.” (E3)

“É o amor, prazer, carinho.” (E5)

“Eu penso que está relacionado à vida a dois, troca de carinho e amor.” (E6)

“É ficar junto, compartilhar os segredos, dormir junto.” (E7)

Foi interessante perceber que a compreensão da sexualidade dos idosos corrobora com Hargreaves (2006) que afirma que o sexo nem sempre significa relação sexual. É preciso separar a genitalidade da sexualidade. A primeira tem conotação mais direcionada para a atividade de penetração e o intuito de atingir o orgasmo. A sexualidade é mais ampla, pois envolve aspecto emocional que acompanha o indivíduo no processo de envelhecimento, e quando entendida somente como ato sexual, o indivíduo tende a considerá-lo subtraído, de menor valor.

A sexualidade é parte integrante de todo ser humano, está relacionado à intimidade, a afetividade, ao carinho, a ternura, a uma forma de expressão de sentir e expressar o amor humano através das relações afetivo-sexuais, um conjunto colorido que contém contato, relação corpórea, psíquica, sentimental, plenitude do presente e memória do passado; processos estes que vão sendo elaborados e dando espaço para novas conquistas (BERLEZI, 2007).

Como explica Garcia (2006) tem-se observado que o envelhecimento da população, e o aumento do número de pessoas idosas, acompanhado da melhoria da qualidade de vida, possibilita mudanças de comportamento relacionadas à sexualidade.

Com os avanços da tecnologia e da atenção à saúde, as pessoas da terceira idade vivem uma realidade nunca antes experimentada nesse período da vida. As drogas que atuam no desempenho sexual e as inovações na área da reposição hormonal aumentaram a qualidade e a frequência das relações sexuais (SILVA, 2005).

Contudo, sabe-se que com o aumento da qualidade de vida e uma maior esperança de vida, as pessoas estão vivendo mais e melhor e assim, nas idades mais avançadas do viver, após os 60 anos, a população idosa continua sexualmente ativa. Porém, o importante é que estas tecnologias promovam a satisfação com o prazer sexual, aqui entendido como uma parte da sexualidade (NERI, 2007).

Vivência dos idosos na sexualidade

O enfoque dado à esta categoria foi o aprofundamento da vivência dos idosos na sexualidade. Entende-se que grande parte da sociedade tenta negar ao idoso a necessidade biopsicossocial relacionada a sexualidade. A maioria das pessoas acha “feio”, negam-se a aceitar que o idoso possa querer namorar, acreditam que a sexualidade é só genitalidade e esquecem que existe também uma afetividade que é essencial ao ser humano (GRADIM, 2007).

Porém, este estudo revela que os idosos ainda vivenciam a sexualidade de uma forma afetiva, mas também com o ato sexual em si. Os idosos afirmaram que ainda praticam o sexo, de uma forma menos freqüente quando comparado a juventude e acrescentaram que acham bom quando acontece, conforme ilustram as falas:

“Quando nós era um casal jovem, a gente praticava mais hoje em dia são raras as vezes, mas a gente ainda faz.” (E3)

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

“Vivo bem, praticando. Hoje é diferente ne, é mais demorado, tem que ter muito o carinho e o amor ne,e faço poucas vezes, mas é bom quando faço.”(E4)

O idoso pode manifestar a sua sexualidade de várias formas, tornando atos como abraçar, tocar, acarinhar, falar, olhar ou ouvir ternamente, tão agradáveis quanto às relações com pênis e vagina que, ainda que permaneçam e sejam igualmente adequadas na terceira idade, não preenchem o todo da sexualidade (CATUSSO, 2005).

Salientamos a visão dos idosos na descoberta do poder do carinho, do beijo, do agrado e da conversa que esses podem ser o diferencial deles de viverem o sexo. Respeitar o tempo do outro sem cobranças na resposta sexual dele e de si mesmo e continuar a desenvolver sua imaginação para os prazeres da prática sexual é algo visto como positivo para sua saúde.

Mesmo com o passar dos tempos, a questão da sexualidade é ainda um tema controvertido, envolvido por diferentes visões: algumas mais conservadoras, outras mais liberais, apresentando-se como tema constrangedor, principalmente para as mulheres idosas, onde foram as que melhor se dispuseram a participarem do estudo, que convivem em sociedades cujo padrão de beleza é a juventude e tendo no envelhecer uma relação de desvalorização sexual progressiva, sendo este um momento duplamente cruel para as mulheres (BARBOSA, 2006).

A adoção de políticas de saúde pública que concentrem sua atenção na população mais velha, a realização de programas de prevenção voltada para o atendimento de pessoas com 60 anos ou mais deve estar atenta as questões de sexualidade no envelhecimento, onde será necessário compreender a cultura de cada indivíduo. A sexualidade nesta faixa etária não é discutida e, em alguns casos, é até ignorada. Os idosos devem ser vistos como indivíduos que possuem desejos, necessidades sexuais e fazem projetos para o futuro.

Conclusão

Evidenciou-se que independente das formas, a sexualidade ainda é vivenciada pela maioria dos idosos e este fato é considerado como algo necessário e positivo para seu bem-estar.

Com base nos resultados da pesquisa foi notável a predominância de mulheres, visto que elas se dispuseram a tratar do assunto de uma forma mais fácil e tranquila, isso permitiu que estas não se intimidassem com a exploração da temática. Embora tenha havido momentos de constrangimentos por parte dos entrevistados, tendo em vista que esse assunto ainda é tratado como tabu pelo grupo de idosos.

De toda forma, foi possível explorar e colher as informações necessárias para a conclusão da pesquisa. A maioria dos idosos compreendem sexualidade de uma forma desejável, ou seja, não restrita ao ato sexual. Os idosos vivenciam sua sexualidade de uma forma que adaptam suas práticas sexuais às limitações impostas pela própria idade.

Os profissionais de saúde precisam abordar essa temática nos grupos de idosos, acolhimento e consultas, assim como em outros espaços de atenção a saúde do idoso, de modo a contribuir para minimização do medo e vergonha acerca da temática.

Para tratar desta temática junto ao idoso, os profissionais de saúde necessitarão estabelecer um vínculo de confiabilidade, ofertar segurança, respeito e privacidade ao idoso, de modo que estes se sintam confortáveis em expor suas dificuldades, anseios e dúvidas que muitas vezes o impedem de um pleno desenvolvimento de sua sexualidade.

Referências

ALMEIDA, T.; LOURENCO, M. L. Envelhecimento, amor e sexualidade: utopia ou realidade.**Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** [online]. 2007, vol.10, n.1, pp. 101-113.

BARBOSA, R. M. et al. Comportamento e práticas sexuais de homens e mulheres, Brasil 1998 e 2005. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, supl. 1, 2008.

BERLEZI, E.M. LEITE, M.T. MOURA C. Doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS na opinião de idosos que participam de grupos de terceira idade.**Rev. Bras Geriatr Gerontol.** 2007;10(3):339-54.

BERGER MLM, Derntl AM. Aposentados e livres... mas para quê?Os trabalhadores e a representação social da aposentadoria e do projeto de vida pessoal.**Rev Kairós** 2005; 8(2): 221-34.

CARVALHO, F.; PAPALÉO, N. M. **Geriatría fundamentos, clínica e terapêutica**. 2ª ed. São Paulo, SP: Atheneu, 2006

CATUSSO, MC. Rompendo o silêncio: desvelando a sexualidade em idosos. **Revista Virtual Texto & Contexto**. 2005.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem Gerontológica**. 7 ed.;- Porto Alegre: Artmed, 2011. 568 p.; 25 cm.

FIGUEIREDO, N M A ; TONINI, T. **Gerontologia: atuação da enfermagem no processo de envelhecimento**. 2 ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2012.

FRUGOLI, A.; MAGALHÃES-JUNIOR, C. A. O. A sexualidade na terceira idade na percepção de um grupo de idosas e indicações para a educação sexual. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 15, n. 1, p. 85-93, jan./abr. 2011.

GARCIA, M A A *et al.* Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, mar./abr. v. 14,n. 2, p. 175-182,2006.

GRADIM, CVC; SOUSA, AMM; LOBO JM. A prática sexual e o envelhecimento. *Cogitare Enferm.* 12 (2):204-13. 2007;

HARGREAVES, LHH. **Geriatria**. Brasília: Garamond; 2006.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed.São Paulo:Hucitec-Abraso, 2008.

MENDES, E V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan--Americana de Saúde; 2012.

NERI, AL. **Idosos no Brasil: Vivências, desafios e expectativas na 3ª idade**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2007.

SILVA, LS. **Representações sociais de idosos sobre prevenção e transmissão da AIDS**. Anais do 6º Congresso Virtual HIV/AIDS; 2005.

Agradecimentos

Agradecemos aos idosos que aceitaram participar do estudo e expor suas vivências, concepções e anseios relacionadas a esfera privada de sua sexualidade.

SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA: CONHECIMENTOS E PRÁTICAS PARA O AUTOCUIDADO

Maria Moura Santana Chaves – Hospital Geral de Fortaleza. Email: santanafrota@gmail.com

Rocicléia Fonseca de Abreu – Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza - FAMETRO

Emanuele Sátiro Silva – Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Isabelly Costa Lima de Oliveira– Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza - FAMETRO

Rochelle da Costa Cavalcante – Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Ana Maria Fontenele Catrib (Orientador) – Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Palavras-chave: sexualidade. adolescente. autocuidado.

Resumo

A adolescência é fase de transição entre a infância e a idade adulta, e como fase própria possui características singulares nos campos biológicos, psicológicos e sociais. A proposta do trabalho foi buscar o conhecimento dos adolescentes acerca das noções sobre sexualidade, uso dos métodos contraceptivos, e as consequências prováveis do não uso. Pesquisa qualitativa, que ocorreu entre outubro e novembro de 2012, em uma escola de Fortaleza-Ceará, localizada no bairro Edson Queiroz. Participaram da pesquisa alunos adolescentes que estão matriculados na escola que aceitaram contribuir com o estudo, utilizou-se para coleta de dados entrevista semi-estruturada, e os dados foram avaliados através da análise de discursos. Evidenciou-se as categorias: buscando informações e a categoria DST e contracepção, que apresentaram os anseios dos adolescentes diante da temática ainda tão preconceituosa nos dias atuais. A educação em saúde é importância nesse período, pois a formação de hábitos saudáveis irá repercutir na qualidade de vida desse indivíduo. Então, determinar a necessidade para promover a saúde da população adolescente se dá com a oferta de serviços que atendam integralmente suas necessidades, e de parcerias com instituições onde o adolescente está inserido, identificando vulnerabilidades e garantindo também proteção e recuperação da saúde. Conclui-se que mesmo com conhecimentos insipientes sobre sua própria sexualidade, a interação saúde, escola e família tem alcançado grandes êxitos, necessitando ainda mais afinco das políticas públicas existentes para que a educação sobre sexualidade seja mais difundida entre as escolas e lares.

Introdução

A adolescência é fase de transição entre a infância e a idade adulta, e como fase própria possui características singulares nos campos biológicos, psicológicos e sociais. A primeira tem vários percursos de desenvolvimento do sujeito, das quais é importante destacar a ocorrência da puberdade e a separação das figuras parentais. A segunda é o caminho essencial do desenvolvimento social e a busca por suas identidades. O termo adolescência vem do latim *adolescere* e significa crescer. (MORAES, 2012).

Os adolescentes representam, aproximadamente, 25% da população mundial e, além de sua grandeza numérica, a gravidade de seus problemas (abuso de drogas, gravidez, violência, DST, etc) e sua singularidade transformam essa faixa etária num grupo mais vulnerável para diversos problemas de saúde. O início da vida sexual apresenta uma parcela desses riscos que este grupo está sensível, essa decisão de iniciar atividade sexual deveria impor, obrigatoriamente, ao adolescente uma conscientização a cerca das suas responsabilidades, cuidados e deveres, porém, devido à interferência de vários fatores (sociais, emocionais, familiares, dentre outros) não é isso que observamos na nossa população.

Iniciar atividade sexual, na adolescência, representa a comprovação do funcionamento dos órgãos sexuais, a aprovação pelo grupo de amigos que já se iniciaram sexualmente, a elevação da autoestima e a oportunidade de atingir um status de adulto. Ficam sujeitos, no entanto, a adquirir alguma doença sexualmente transmissível, a ocorrer gravidez e a serem rejeitados pela sociedade que condena o sexo pré-conjugal. Um filho na adolescência representa perda de autonomia, justamente quando se acredita que está a caminho da independência dos pais. Além disso, a gravidez leva à interrupção das relações sociais, pois, quando a grávida interrompe o estudo o trabalho, deixa de participar do grupo de amigos e perde, assim, um elemento de apoio efetivo importante nessa fase da vida (TAQUETTE, 2001).

É de conhecimento de todos que a incidência de doenças sexualmente transmissíveis (DST) está atingindo hoje, números alarmantes e que tem intrínseca relação com os problemas de saúde pública. A baixa condição sócio-econômica e cultural, a desinformação sobre educação sexual, a deficiência no preparo dos profissionais de educação e saúde, a debilidade de atuação dos serviços públicos, favorecem a elevação desses índices nacionais. Em muitos casos a falta de base educacional e principalmente participação familiar na vida dos adolescentes influi de forma decisiva para a que os mesmos se percam em suas dúvidas e procurem a forma errada de suprir suas carências, perpetuando assim a ignorância, falta de esclarecimento, e permanência de atitudes erradas quanto sua prevenção e cuidado. (ZAGURY, 2004 p. 196)

A proposta do trabalho foi buscar o conhecimento dos adolescentes acerca das noções de sexualidade, uso dos métodos contraceptivos, e as consequências prováveis do não uso. Sabendo que a atividade sexual desprotegida pode comprometer a saúde do adolescente, fica perceptível a necessidade de atividades educativas e preventivas, no que tange ao tema anticoncepção na adolescência.

Diante dessa problemática, a abordagem de enfermagem ao adolescente possibilita conhecer as necessidades desse grupo e a razão da intensificação do índice de DST na adolescência. O trabalho teve por objetivo: Conhecer a percepção de alunos de uma escola pública acerca de seus conhecimentos e práticas relacionados à sexualidade e o seu autocuidado.

Metodologia

Pesquisa qualitativa, cuja abordagem não é determinada por números e sim pelas experiências humanas dando-lhes significados, além de uma visão holística dos indivíduos, com o propósito de descobrir dimensões e padrões importantes das relações. (MINAYO, 2010)

Foi desenvolvida nos meses de outubro e novembro de 2012 em uma escola de Fortaleza-Ceará, localizada no bairro Edson Queiroz. Participaram da pesquisa alunos adolescentes que estão matriculadas na escola que aceitaram contribuir com a pesquisa, foram excluídos da pesquisa os estudantes que se negaram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou aqueles cujos pais não autorizam sua participação. A técnica utilizada na coleta de dados foi uma entrevista semi-estruturada, contendo questões norteadora que versam sobre: informações sobre a família, vida social, hábitos, sexualidade e práticas sexuais.; conhecimentos, práticas e atitudes referentes a alguns aspectos da sexualidade. Após a realização das entrevistas, transcrições das falas e organização dos registros passamos à interpretação qualitativa dos dados, que foi operacionalizada segundo os princípios da Análise de Discurso. (ORLANDI,1994)

A pesquisa foi realizada após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza – UNIFOR número 435/2011, e seguiu o que preconiza a Resolução nº 196/96, Diretrizes e Normas Regulamentadoras para Pesquisa com Seres humanos. (BRASIL, 1996)

Resultados e Discussão

PERCUSSOS DA PESQUISA

Existiram dificuldades para o bom andamento da pesquisa na escola selecionada, mesmo com a autorização e consentimento da direção da escola para que o trabalho seguisse seu curso alguns empecilhos se apresentaram, dentre eles podemos citar falta de um tempo pre-estabelecido para abordagem dos alunos, e um local adequado como uma sala para a realização das entrevistas, desta forma a abordagem aconteceu durante os intervalos, em locais reservados que permitissem a preservação das informações obtidas, e mesmo assim os adolescentes se mostraram bastante interessados em participar resultando numa amostra de 59 adolescentes, do sexo feminino e masculino.

As respostas obtidas foram diretas, curtas e objetivas, provavelmente devido a dificuldades de tempo e espaço apropriado colaboraram para tal, além da temática ser considerada um “tabu” dentro de alguns seguimentos da sociedade. A seguir as categorias de acordo com a análise dos discursos.

BUSCANDO INFORMAÇÕES

Os resultados apontaram que os adolescentes buscam informações sobre sexualidade na maioria dos casos em conversas com os amigos ou na Internet. Alguns citaram procurar informações assistindo televisão e vídeos e uma pequena parcela informaram procurar esse conhecimento por meio de livros científicos, através de visita a unidade de saúde ou diálogos com os pais e professores.

“Com meu pai e amigos”(R.O.B 15 anos)

“No meio do mundo”(D.S 15 anos)

“Nos vídeos de sexo” (T.O.S 17 anos)

Fica evidente a importância de que os jovens sejam orientados em relação à prevenção das DST's, HIV/AIDS, gravidez indesejada desde cedo e não quando já estão tendo relação sexual, como acontece na maioria das vezes.

Para os pais o papel de orientação é uma tarefa muito difícil, pois a falta de diálogo, os preconceitos e tabus estão muito presentes em suas próprias vivências e culturas e, na maioria das vezes, eles utilizam o silêncio como mecanismo de defesa, para não mostrarem sua fragilidade e insipiência de conhecimento sobre a temática.

Em contrapartida, as escolas também encontram dificuldades em trabalhar esses temas, pois ainda não existe um interesse comum das autoridades educacionais para que se estabeleça essa disciplina e que possa fazer parte dos currículos escolares ou da formação dos professores. Além disso, o contexto cultural, ou seja, os mitos e preconceitos também inviabilizam essa abordagem em sala de aula. (MARTINI, 2003)

Cabe aos profissionais de saúde atuarem nessa lacuna deixada pela educação escolar, onde cada vez mais a parceria entre saúde e educação se fortalecem e se completam. A temática quando tratada por um conhecedor da fisiologia e anatomia humana torna-se mais bem aceita e relevante aos olhos dos expectadores, sendo dessa forma os profissionais de saúde que intervêm nas escolas um agente transformador de um cenário da nossa realidade.

Visando o desenvolvimento de atividades voltadas para a saúde em ambiente escolar, o então Presidente da República através do Decreto nº 6.286, instituiu o Programa de Saúde na Escola - PSE, com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública básica de educação, por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde. Através da Portaria nº 1.861, os

Ministérios da Educação e da Saúde, formalizaram uma parceria, objetivando à colaboração ativa entre as escolas e equipes da Estratégia Saúde da Família, como forma de estimular a adesão dos governos estaduais e municipais ao PSE, com a responsabilidade orçamentária do Ministério da Saúde. Entretanto, apesar de ter sido iniciada a implantação dos PSE em Fortaleza, esta ainda possui uma série de entraves que dificultam seu funcionamento adequado (PAIVA, 2012).

DST E CONTRACEPÇÃO

Os adolescentes quando questionados se conheciam e sabiam utilizar métodos contraceptivos, e quando questionados sobre as doenças transmitidas pelo ato sexual apresentaram respostas unânimes quanto a utilização do preservativo masculino e a pílula anticoncepcional como métodos, porém as respostas quanto ao conhecimento das DST's foram insipientes, citando apenas o HIV/AIDS como principal doença a ser evitada.

“Usando preservativo sempre que tiver uma relação sexual” (M.C.S.A 16 anos)

“Comprimido e camisinha” (A.S.S 16 anos)

“Sei que tem a AIDS, só isso”(C.A.S 17anos)

Segundo a OMS, o uso de preservativos protege de gravidez indesejada e também das DST, incluindo AIDS. Preservativos são os métodos de contracepção mais usados entre os jovens. O não uso constitui um marcador de relação sexual de risco. Outras condutas consideradas de risco são a iniciação sexual precoce, múltiplos parceiros, uso de álcool e drogas antes do sexo (BRASIL, 2008).

Estudos sobre o início da vida sexual e o uso de contraceptivos e preservativos têm indicado que adolescentes e jovens tendem a não usá-los quando: iniciam a vida sexual muito cedo e definem a relação em que ocorreu sua iniciação sexual como casual; no caso de adolescentes do sexo feminino, quando têm parceiros mais velhos (mais de sete anos) ou de outra geração. Tal como se observa na população adulta, há diferenças significativas nos padrões de uso de preservativo segundo o tipo de vínculo com o parceiro – definido como casual ou fixo/estável. Os motivos associados ao uso e ao não-uso de preservativo tendem a ser muito diferentes em cada uma dessas situações. (PAIVA, 2008)

A abordagem adequada do adolescente deve conter os princípios da privacidade, confiabilidade e sigilo profissional como forma ética de garantir a preservação de qualquer situação vexatória. (MORAES, 2012).

Diante o contexto, percebe-se que a educação em saúde é importância nesse período, pois a formação de hábitos saudáveis irá repercutir na qualidade de vida desse indivíduo. Então, determinar a necessidade para promover a saúde da população adolescente se dá com a oferta de serviços que atendam integralmente suas necessidades, e de parcerias com instituições onde o adolescente está inserido, identificando vulnerabilidades e garantindo também proteção e recuperação da saúde (TAQUETTE, 2001).

Conclusão

De acordo com os achados deste trabalho, os adolescentes que iniciam precocemente a vida sexual são totalmente vulneráveis aos riscos de uma gravidez indesejada e da presença de DST. Também apresentaram informações insuficientes sobre os métodos contraceptivos, sendo a pílula anticoncepcional e o preservativo masculino os mais difundidos entre eles. Observamos que os participantes do estudo possuem pouco entendimento do que seja sexualidade, existindo até confusão entre sexualidade com ato sexual.

A escola não tem representado para os adolescentes fonte de informação expressiva sobre sexualidade, apenas direcionando a temática para as funções biológicas do corpo humano. Hoje se sabe que o entendimento biológico, apesar de importante, não é suficiente para trabalhar orientação sexual. Se faz necessário levar em consideração aspectos emocionais, socioculturais, históricos, principalmente a individualidade do sujeito.

Há um distanciamento familiar para o assunto, também há falta da procura ao atendimento com os profissionais de saúde. Faz-se necessária a prática de estratégias eficazes que melhorem a qualidade da assistência prestada, permitindo o acolhimento desses adolescentes, criando uma relação de confiança, apoio, compromisso e respeito a fim de identificar as reais necessidades dessas jovens e que permitam a conscientização dos mesmos sobre a importância que detém a saúde sexual e reprodutiva. É responsabilidade do conjunto escola, pais e saúde a promoção e a qualidade de vida do adolescente, sendo relevante a aplicação das políticas públicas existentes de prevenção e educação para a sexualidade.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Saúde do adolescente: competências e habilidades**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

MARTINI, J. G; BANDEIRA, A. S. Saberes e práticas dos adolescentes na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.56, n.2, p. 160-163, mar/abr, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; p.57, 2010.

MORAES, S. P; VITALLE M.S.S. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência. **Rev Assoc Médica Brasileira**, v.58, n.1, p.48-52, jan.fev., 2012.

ORLANDI, E. P. **Discurso, imaginário social e conhecimento**. Em aberto, Brasília: ano 14, n.61, jan./mar. 1994.

PAIVA, G.M. Análise do programa saúde na escola do município de Fortaleza /Georgia Medeiros Paiva. – 2012. Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2012.

PAIVA, V. Et al. Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. **Rev Saúde Pública**, v.42 (supl 1), p.45-53, 2008.

TARQUETTE, S. R. Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) na Adolescência. Ars cvrandi: **A Revista da Clínica Médica**, v.34, n.10, p.3-6, nov-dez, 2001

ZAGURY, T. **Encurtando a adolescência**. Rio de Janeiro/São Paulo: Record, 2004.

SEXUALIDADE, DESAFIOS NA PREVENÇÃO E DIFICULDADES DOS JOVENS VIVENDO COM HIV: REVISÃO INTEGRATIVA

Hanna Maria Rebouças Bezerra de Menezes – Universidade de Fortaleza – hannamenezess@hotmail.com

Davylla Virgínia Martins Costa – Universidade de Fortaleza

Klávdia Francelino de Castro – Universidade de Fortaleza

Léa Maria Moura Barroso Diógenes (orientadora) – Universidade de Fortaleza

Palavras-chave:HIV/aids. Jovens. Prevenção. Avanços.

Resumo

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

De acordo com o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o (Vírus da Imunodeficiência Adquirida) HIV, ela é um fenômeno único na história da humanidade pela sua rápida propagação, alcance e impacto. Essa epidemia vem afetando desproporcionalmente os jovens de uma forma geral. Objetiva-se avaliar a literatura sobre jovens vivendo com o HIV, novas estratégias e avanços desenvolvidos. Foram utilizadas as bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram encontrados 167 artigos ao todo durante as buscas, dos quais 152 foram não corresponderam aos critérios de exclusão, restando a amostra de 15 artigos. O trabalho foi estruturado em três categorias de análise que versaram sobre: O Jovem e a Sexualidade; dificuldades de Jovem Vivendo Com HIV; Avanços e Desafios na prevenção. Identificou-se que a população de jovens tem sido identificada na literatura internacional como importante grupo populacional em termos de risco epidemiológico para doenças sexualmente transmissíveis e definida como prioridade das campanhas de prevenção. Existe pouco conhecimento dos jovens ao risco do HIV, e com os novos dados que estão surgindo são muito os questionamentos sobre o futuro. A prevenção é vista como a única alternativa capaz de romper com o ciclo de transmissão que poderia ser iniciado pelos jovens soropositivos ao se relacionarem sexualmente “sem proteção”. Portanto conclui-se que ainda se tem muitos

desafios encontrados e que são necessárias cada vez mais ações e estratégias efetivas de educação em saúde, novos estudos com jovens precisam ser realizados.

Introdução

Quando falamos do termo juventude percebe-se que ao mesmo tempo que, é um tipo de representação há também um caráter universal dado pelas transformações do indivíduo numa determinada faixa etária, nas quais completa o seu desenvolvimento físico e enfrenta mudanças psicológicas, é muito variada a forma como cada sociedade, em um tempo histórico determinado, e, no seu interior, cada grupo social vai lidar com esse momento e representá-lo (DAYRELL, 2003).

A fase da juventude é marcada por inúmeras transformações, que vem assumindo hoje um sentido bastante diverso do que assim se compreendia há apenas algumas décadas atrás. Os jovens pertencem a um mundo cujo valor maior e mais fundamental é hoje o valor da liberdade, e o preço às vezes é caro por não saber tratar com responsabilidade suas ações (SZAPIRO; REZENDE, 2010).

E quando o tema são os jovens, temos atrelado a isso um dos piores problemas que é o Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV). De acordo com o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/aids, ela é um fenômeno único na história da humanidade pela sua rápida propagação, alcance e impacto. Essa epidemia vem afetando desproporcionalmente os jovens de uma forma geral, sendo que pessoas entre 15 e 24 anos já representam a metade dos novos casos de HIV em todo o mundo. (SERAFINI; BANDEIRA, 2009).

Assim com as Doenças Sexualmente Transmitidas (DST), são transmitidas de um corpo ao outro pelo contato sexual, pelos líquidos vaginais e pelo esperma trocados durante as relações sexuais, o HIV também pode ser transmitido da mesma forma onde é a principal via de transmissão do vírus da AIDS. A AIDS também pode ser contraída pelo sangue (por meio de seringas e agulhas contaminadas), do leite materno contaminado e da mãe para o bebê durante a gravidez (BRASIL, 2008).

Segundo dados da biblioteca virtual do *Joint United Nations Program on HIV/Aids (UNAIDS)*, [A ONU e a resposta à aids no Brasil](#) (2010), os jovens são uma população que demanda atenção pois em um levantamento realizado com mais de 35 mil meninos entre 17 e 20 anos indica que, em cinco anos, a prevalência do HIV nessa população passou de 0,09% para 0,12%. De acordo com o estudo, quanto menor a escolaridade, maior o percentual de infectados pelo HIV (ONU, 2010).

Dados do Boletim Epidemiológico de HIV do Brasil (2013), cita que na população jovem, a taxa de prevalência da infecção pelo HIV apresenta tendência de aumento. Considerando as pesquisas realizadas em Conscritos do Exército Brasileiro, de 17 a 21 anos de idade, a prevalência de infecção pelo HIV passou de 0,09% em 2002 para 0,12% em 2007, sendo que o aumento mais significativo ocorreu na população de HSH (homens que fazem sexo com homens) jovens, cuja prevalência subiu de 0,56% em 2002 para 1,2% em 2007. Com relação aos grupos populacionais com mais de 18 anos em situação de maior vulnerabilidade, estudos realizados em 10 municípios brasileiros entre 2008 e 2009 estimaram taxas de prevalência de HIV de 5,9% entre UD (usuários de drogas), de 10,5% entre HSH e de 4,9% entre PS (mulheres profissionais do sexo) (BRASIL, 2013).

No presente estudo o objetivo foi analisar as publicações científicas relacionadas ao jovem vivendo com o HIV e novas estratégias e avanços nesse campo.

Metodologia

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura acerca da vida do jovem com HIV e das novas estratégias e avanços desenvolvidas aos jovens portadores de HIV. Foram utilizadas as bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO).

A busca ocorreu no mês de julho de 2014, utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DECS): “HIV”, “tecnologias”, “enfermagem”, “jovens”, “juventude”. Os seguintes critérios de inclusão foram adotados: artigos online disponíveis na íntegra, que abordassem a temática e publicados a partir do ano 2000. Outras publicações foram utilizadas, como dados do Ministério da Saúde, e do *Joint United Nations Program on HIV/Aids (UNAIDS)*, visto que eram de extrema relevância para a realização do trabalho.

Foram encontrados 167 artigos ao todo durante as buscas dos quais 152 foram não corresponderam aos critérios de inclusão, restando a amostra de 15 artigos.

A busca de aprender os conteúdos tão ricos estudados a cerca do tema tratado resultou na estruturação de três categorias de análise que versaram sobre: 1.O jovem e a sexualidade; 2.dificuldade dos jovens vivendo com HIV; 3.Avanços e desafios na prevenção.

Resultados e Discussão

Foram utilizados 15 artigos para desenvolver o estudo, onde a maioria focando na transição do jovem para adulto, e como é o enfrentamento dos mesmos para com o HIV. Muitas trazem também acerca da prevenção, novas estratégias, e umas tratando de grupos específicos de jovens, como por exemplo os homossexuais. Outros trazem sobre qual o conhecimento do uso do preservativo pelos jovens não só para evitar gravidez indesejada, bem como as evitar as DST's. Houve predomínio de estudos do tipo revisão bibliográfica. A maioria foi de abordagem qualitativa.

O jovem e a Sexualidade

A população de jovens tem sido identificada na literatura internacional como importante grupo populacional em termos de risco epidemiológico para doenças sexualmente transmissíveis e definida como prioridade das campanhas de prevenção pela Organização das Nações Unidas (PAIVA; CALAZANS; VENTURI, 2008).

Alguns jovens compõem um grupo heterogêneo, e as estratégias educativas e de saúde voltadas a esse público devem ser diferentes, respeitando essa heterogeneidade (ANTUNES, et al., 2002).

A sexualidade muitas vezes ainda é um assunto tabu e muitos dos jovens apresentam explícita recusa, por mudanças decorrentes muitas vezes da transição de adolescente para adulto; outros não se manifestam verbalmente de imediato, mas evidenciam a dificuldade, através do não comparecimento às consultas no local para onde foram encaminhados, interrompendo seu tratamento e acompanhamento. A transição para a idade adulta é uma fase crítica do desenvolvimento humano, durante a qual os jovens deixam a adolescência e assumem novos papéis e responsabilidades, envolvendo desafios emocionais e escolhas importantes (MEYER; FÉLIX, 2014).

Porém sabe-se que nem todos os jovens se expõem igualmente a essa concepção, pois as informações se difundem de modo distinto pelas camadas sociais e são elaboradas contextualmente, fazendo com que a ideia de juventude, do que é adequado ou não a esse período, ou mesmo a sua duração, seja vivenciada de maneira particular nos diversos grupos.

E quando vamos falar de sexualidade com os jovens vale ressaltar que não adianta apenas alertar sobre os perigos do uso inconsistente do preservativo ou dos perigos de ter múltiplos parceiros ou de não tratar as doenças sexualmente transmissíveis que os colocam em risco, é extremamente necessário que se discutam a dinâmica dos relacionamentos e o significado do sexo seguro nos diversos contextos afetivos (MENEZES; LUVIZOTTO, 2011).

Dados mostram que no Brasil, tem-se ampliado o acesso ao preservativo dos jovens com mais de 14 anos e na escola, assim como cresce o número de escolas que desenvolvem atividades de prevenção das DST/aids dedicadas a essa faixa etária, em geral por meio de palestras e distribuição de material educativo. No entanto, estudo realizado em 2004 sobre conhecimentos, atitudes e práticas preventivas frente à epidemia do HIV/aids sugere que apesar das mudanças observadas ao longo do tempo, o nível de conhecimento dos estratos mais jovens da população brasileira (15-24 anos) sobre formas de transmissão do vírus HIV era ligeiramente mais baixo que da faixa etária de 24-39 anos (PAIVA; CALAZANS; VENTURI, 2006).

Dificuldades dos jovens vivendo com HIV

E quando se trata de jovens convivendo com o HIV, são encontradas muitas dificuldades na adesão, onde têm sido observadas mais frequentemente em adolescentes, devido a atitudes de questionamento e rebeldia manifestadas pelos adolescentes em face da soropositividade, do tratamento e da supervisão dos cuidadores (GUERRA; SEIDL, 2010).

Muitos são os questionamentos dos familiares e dos profissionais que convivem e trabalham com esses jovens, como os novos dados que estão surgindo. Como será o futuro da atual geração de jovens? Como lhes dar condições para que possam se preparar melhor para o futuro? Como ajudá-los/as a construir seus projetos de vida? São esses o pouco de muitos dos questionamentos (MEYER, FÉLIX, 2014).

Os jovens não se percebem em risco para o HIV. A prevenção sexual seria em função da gravidez, nem sempre indesejada, nem sempre vista como algo cuja prevenção estaria sob responsabilidade também do rapaz. O mesmo pode ser dito em relação à infecção pelo HIV que, embora cada vez mais se transforme em uma doença crônica com a qual é possível conviver, ainda é entendida por muitos como uma sentença de morte (VILLELA; DORETO, 2006)

Cunha (2012), cita que a AIDS é mais um fardo que lhes pesa todos os dias. E com base neste lugar, os jovens movem-se e são incitados a atuar como exemplares na gestão de suas sexualidades, o que pressupõe também o “cuidado do outro”, com o desenvolvimento de “técnicas de si” que lhes permitam amar, sem “matar”, isto é, sem transmitir o vírus que neles habita.

Estudos avaliam como consequências uma diminuição do nível de bem-estar ou satisfação de vida dessas pessoas. Problemas como estresse, discriminação e consequente diminuição do suporte social, depressão,

ansiedade, dificuldade em revelar seu estado soropositivo para outras pessoas, assim como problemas relacionados ao desempenho escolar foram observados em adolescentes infectados pelo HIV (SERAFINI; BANDEIRA, 2009).

O que esses jovens desejam, é ser respeitados como jovens normais, que possuem suas particularidades, assim como os demais. Parece que o HIV vem como um intruso que põe em risco o futuro desses jovens, como se pudéssemos, em alguma circunstância, prever o futuro e garantir que o que foi previsto acontecerá. (MEYER; FÉLIX, 2014).

As grandes dificuldades se encontram em situações tais como informar sua condição ao parceiro sexual, a prática de sexo seguro, o medo das conclusões que seus pares podem ter sobre como foi infectado, culpa, sentir-se sujo ou sexualmente anormal. Reitera-se, por isso, a importância de avaliar as relações da pessoa infectada com seus amigos e familiares e o espaço existente para falar sobre seus sentimentos e angústias (SERAFINI; BANDEIRA, 2009).

Avanços e desafios na prevenção

A prevenção é tida como um ponto crucial nesse universo. Apesar de a retórica da prevenção ser muitas vezes reduzida ao uso do preservativo, ela ganha contornos morais impressionantes, na medida em que pressupõe a construção de uma “consciência” por parte dos jovens, envolvendo-os subjetivamente num controle de si, para muito além da construção de práticas ou comportamentos tidos como “mais saudáveis” ou “seguros” (CUNHA, 2012).

A Educação em Saúde constitui-se na combinação de experiências de aprendizagem delineadas para desencadear ações conducentes à saúde (Candeias Através do uso de estratégias participativas, reconhece-se o usuário como sujeito das práticas de saúde, enquanto premissa para o entendimento das necessidades subjetivas e das características culturais das pessoas (GUIMARÃES; LIMA, 2012).

As tecnologias de processo se articulam às tecnologias de produto tradicionais, tais como equipamentos, medicamentos, materiais e insumos, no caso da saúde sexual, ao preservativo, aos medicamentos para tratamento das DST, os exames ginecológicos ou urológicos e aos métodos contraceptivos, entre outros. Ou seja, o manejo das chamadas tecnologias de produto “somente realizam seu potencial enquanto procedimento diagnóstico ou terapêutico na atenção à saúde quando se inserem em tecnologias de processo, que, em princípio, também devem estar baseadas em conhecimentos científicos [...]”. Tecnologias “não materiais”, como a conversa educativa, constituem um dos principais recursos de atuação das agentes na atenção à saúde sexual, e elas realmente conversam com as pessoas (BELLENZANI; SANTOS; PAIVA, 2012).

Uma das novas técnicas utilizadas para entender como esse grupo soropositivo enfrentam seus problemas é o *Coping* que é definido como os esforços cognitivos e comportamentais para lidar com demandas externas ou internas específicas que são avaliadas como excedendo os esforços e recursos do indivíduo. A importância em se estudar as estratégias de *coping* está no fato de que sua efetividade relaciona-se com resultados positivos sobre aspectos da saúde física ou mental das pessoas. Assim, pode-se também relacionar tal efetividade à satisfação de vida (SERAFINI; BANDEIRA, 2009).

Outro método utilizado citado por Zago & Santos (2013) é MPowerment é concebida como um conjunto de ações baseadas em evidências (evidence-based) sobre os condicionantes de saúde do grupo a que se destina, sendo dirigida para comunidades específicas (community-based). O empowerment é não apenas um conceito norteador, mas, como o próprio manual diz, versa sobre uma estratégia ampla e complexa de intervenção, monitoramento e avaliação de ações de promoção da saúde. É de importância também pois recentemente, foi mostrado no estudo que cresce os dados epidemiológicos e resultados de pesquisas disponíveis sobre a epidemia de Aids que subscrevem a necessidade de ações de prevenção entre a população de jovens homens que fazem sexo com homens (HSH), gays e bissexuais e o método é de excelente escolha para esse grupo.

Num grupo específico, o empoderamento que é voltado para aqueles indivíduos e grupos sociais em situação de desigualdade frente a outros em relação ao acesso à saúde. Nesse contexto, a promoção da saúde é “o processo de capacitação de indivíduos e coletivos para que tenham controle sobre os determinantes de saúde com o objetivo de terem uma melhor qualidade de vida”. (ZAGO; SANTOS, 2013).

Conclusão

Após a análise das publicações, concluímos que as estratégias educativas e de saúde devem ser diferentes, pois para muitos jovens a sexualidade ainda é um assunto a ser evitado, enquanto outros se manifestam de forma clara, mas não mantêm uma rotina de cuidados com seu corpo. Em relação ao jovem vivendo com HIV, surge uma certa revolta diante a soropositividade e muitas interrogações de como será o futuro desses jovens e como poderão ser construídos seus projetos de vida. Constatamos que a prevenção é a única alternativa capaz de interromper o ciclo de transmissão iniciado por jovens que não se protegem.

Avaliando todos os aspectos encontrados na relação do jovem que contraiu HIV/aids, verificamos que diversos segmentos da sociedade deveriam participar na orientação de prevenção desses jovens.

O papel da família seria a conscientização e uma maior flexibilidade nas relações entre pais e filhos. Deveria haver uma liberdade de diálogos, para que fossem dadas as orientações de sexo seguro, sem parecer algo “vergonhoso” por se tratar de pais, que muitas vezes aparecem apenas para punir e não orientar; a escola promoveria também essa liberdade, promovendo palestras sobre prevenção, usando a tecnologia como ferramenta a seu favor.

Portanto conclui-se que ainda se tem muitos desafios encontrados e que são necessárias cada vez mais ações e estratégias efetivas de educação em saúde, além de novos estudos na área.

Referências

AMARO, S.T.A. A Questão da Mulher e a Aids: novos olhares e novas tecnologias de prevenção. **Saúde e Sociedade**. v.14, n.2, p.89-99, maio-ago 2005.

ANTUNES, M.C., PERES, C.A., PAIVA, V., STALL, R., HEARST, N. Diferenças na prevenção da Aids entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo, SP. **Rev Saúde Pública** 2002; v.36 (4 Supl):88-95.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de prevenção das DST /HIV/ AIDS em comunidades populares, 2008.

BELLENZANI, R., SANTOS, A.O., PAIVA, V. Agentes Comunitárias de Saúde e a Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva de Jovens na Estratégia Saúde da Família. **Saúde Soc. São Paulo**, v.21, n.3, p.637-650, 2012.

CUNHA, C.C. Os muitos reveses de uma “sexualidade soropositiva”: o caso dos jovens vivendo com HIV/AIDS. **Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista latino-americana**, n.10, abr. 2012, pp. 70-90.

DAYRELL, J. O jovem como sujeito social. **Revista Brasileira de Educação** Set /Out /Nov /Dez 2003 n. 24.

SZAPIRO, A., M., RESENDE, C., M., A. Juventude: Etapa da vida ou estilo de vida? **Psicologia & Sociedade**; v.22, n.1: 43-49, 2010.

GUERRA, C.P.P., SEIDL, E.M.F. Adesão em HIV/AIDS: Estudo com adolescentes e seus cuidadores primários. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 4, p. 781-789, out./dez. 2010.

GUIMARÃES, J. S., LIMA, I., M., S., O. Educação para a Saúde: discutindo uma prática pedagógica integral com jovens em situação de risco. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, n.4, p.895-908, 2012.

MACHADO, D., M., SUCCI, R., C., TURATO, E., R. A transição de adolescentes com HIV/AIDS para a clínica de adultos: um novo desafio. **Jornal de Pediatria** - v. 86, n. 6, 2010.

MENEZES, E.C.A., LUVIZOTTO, C.K. **Educação, Sexualidade e Comportamento de Risco: Experiência de intervenção com alunos do 3º ano do Ensino Médio com base no filme “Cazuza - O tempo não pára”**.

MEYER, D., FÉLIX, J. “Entre o ser e o querer ser...”: jovens soropositivos(as), projetos de vida e educação. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v.30, n.02, p.181-206. Abril-Junho 2014.

PAIVA, V., CALAZANS, G., VENTURI, G., DIAS, R. Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. **Rev Saúde Pública** 2008; 42 (Supl 1):45-53.

SERAFINI, A., J., BANDEIRA, D., R. Jovens vivendo com HIV/AIDS: a influência da rede de relações, do coping e do neuroticismo sobre a satisfação de vida. **Rev Psiquiatr RS**. 2009; v.31, n.1:51-59.

ONU. Organização Mundial da Saúde. **A ONU e à resposta a AIDS no Brasil**. Disponível em: onu.org, acesso em: 15.07.2010

VILLELA, W., V., DORETO, D., T. Sobre a experiência sexual dos jovens. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.11:p.2467-2472, nov, 2006.

ZAGO, L., F., SANTOS, L., H., S. Os limites do conceito de empoderamento na prevenção ao HIV/Aids entre jovens gays e bissexuais no Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n. 3: 681-701, 2013.

Agradecimentos

Sabemos que todas as coisas contribuem juntamente para o bem daqueles que amam a Deus. (Romanos 8:28).

SÍFILIS CONGÊNITA E A PERCEPÇÃO MATERNA BASEADAS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Aline Maria Carvalho Maia Mendonça (apresentador) –da Universidade Federal do Ceará (UFC) alinecarvalhomaia@hotmail.com

Anna Débora Arruda de Sousa - Aluna do Curso Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Fernanda Jorge Magalhães- Universidade Federal do Ceará (UFC) e Universidade do Porto em Portugal

Karla Maria Cerneiro Rolim (orientadora)–Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Paula Barreto Silva Xenofonte - Aluna do Curso Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Palavras-chave:*Recém-Nascido. Sífilis Congênita. Cuidados de Enfermagem.*

Resumo

Objetivou-se descrever a percepção materna acerca dos agravos à saúde do recém-nascido decorrentes da sífilis congênita e descrever a importância da promoção da saúde em portadoras com sífilis congênita. Pesquisa de caráter exploratória-descritiva, com abordagem

qualitativa, desenvolvida na Unidade de Internação Neonatal em uma maternidade pública, em Fortaleza, Ceará, Brasil, no período de julho a setembro de 2013. Primeiramente foi realizada uma entrevista com questões elaboradas pelas pesquisadoras na qual era composta de dados de identificação das participantes e questões relacionadas à percepção das mesmas frente aos agravos causados pela SC. Posteriormente foi descrito a importância da promoção da saúde pelo enfermeiro educador frente ao caso de sífilis congênita, com enfoque na saúde do binômio mãe/filho. Conclui-se que a prevenção da SC torna-se relevante e mesmo que o Ministério da Saúde tenha traçado iniciativas para erradicar a doença, percebemos que ainda é presente na nossa sociedade.

Introdução

A sífilis, infecção causada pelo *Treponema pallidum*, é uma doença de transmissão sexual com distribuição mundial, sendo ainda um importante problema de saúde pública. Quando adquirida durante a gravidez, pode levar a abortamento espontâneo, morte fetal e neonatal, prematuridade e danos à saúde do recém-nascido (RN) com repercussões psicológicas e sociais (SOUTHWICK, 2001). Estima-se que 40% das mulheres grávidas com sífilis primária ou secundária não tratadas evoluem para perda fetal (LUMBIGANON, 2002). Além disso, mais de 50% dos RN filhos de mães com sífilis não tratada ou tratada de forma inadequada não manifestam sintomas da doença, podendo assim não ser diagnosticados ao nascimento, com sérias consequências no futuro (MOBLEY, 1998).

Diante da possibilidade de reinfecção da mulher e da possibilidade de que não sejam realizados os dois testes preconizados durante a gestação, pela ausência do pré-natal ou pela realização de um número muito pequeno de consultas, Grimberg *et al* (2000) recomendam, também a realização de um terceiro teste nas maternidades, no momento da admissão para o parto.

A SC, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é um dos mais graves desfechos adversos preveníveis da gestação. Aproximadamente 40% das gestações resultam em perdas fetais e perinatais e, nas restantes, em torno de 50% dos RN poderão sofrer sequelas físicas, sensoriais ou do desenvolvimento (FINDELLI, 1998).

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (MS), embora a subnotificação de casos de sífilis congênita seja alta, alguns dados disponíveis indicam a elevada magnitude deste problema. São notificados 4,5 mil casos por ano, mas estima-se que o número real seja muito maior, podendo chegar a 48 mil (BRASIL, 2004). A SC é uma doença prevenível, bastando que a gestante infectada seja detectada e prontamente tratada, assim como o(s) seu(s) parceiro(s) sexual(is). Portanto, a medida mais efetiva de controle da SC consiste em oferecer, a toda gestante, uma assistência pré-natal adequada (CEARÁ, 2012).

Levando em consideração os fatos acima relacionados quanto a SC e os agravos à saúde da gestante e os principais prejuízos que acarreta ao RN, analisado como um grande problema de saúde pública, principalmente no que se referem ao aumento do risco da mortalidade fetal e infantil, questiona-se: *Quais os agravos à saúde do recém-nascido decorrentes da SC? Quais os cuidados direcionados a gestante durante o pré-natal na prevenção e tratamento desses agravos?* O presente estudo torna-se relevante tendo em vista a elevada incidência de gestantes portadoras de sífilis e as repercussões dessa doença na saúde do RN.

O interesse e aproximação com a temática surgiu durante o estágio curricular do curso de Enfermagem na Disciplina Saúde da Mulher observando o número de gestantes portadoras de sífilis e possíveis consequências para o neonato. Despertou-nos o interesse, também por participarmos do Grupo de Pesquisa Saúde e Qualidade de Vida do Binômio Mãe e Filho (CNPq/UNIFOR), como bolsistas do Programa Voluntário de Iniciação Científica (PAVIC/UNIFOR).

Frente ao exposto, com esse estudo objetivou-se descrever a percepção materna acerca dos agravos à saúde do recém-nascido decorrentes da sífilis congênita e descrever a importância da promoção da saúde em portadoras com sífilis congênita.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratória-descritiva, com abordagem qualitativa. Tendo como local de estudo a Unidade de Internação Neonatal (UIN), da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC), pertencente à Universidade Federal do Ceará (UFC), na cidade de Fortaleza-Ceará, Brasil. Considerada de nível terciário, a UIN dispõe de 51 leitos distribuídos em quatro unidades, onde atua uma equipe multiprofissional composta por 26 enfermeiras e 95 auxiliares de enfermagem, todos distribuídos em escala de serviço, nos períodos diurno e noturno, com uma média de atendimento mensal de 77 RN, dentre eles bebês de alto risco, enfermos, prematuros e de muito baixo peso.

Os sujeitos da pesquisa foram mães portadoras de sífilis cujos RN estão internados em UIN em tratamento de SC. Os dados foram coletados nos meses de julho a setembro de 2013. Primeiramente foi realizada uma entrevista com questões elaboradas pelas pesquisadoras na qual era composta de dados de identificação das participantes e questões relacionadas à percepção das mesmas frente aos agravos causados pela SC. Posteriormente foi descrito a importância da promoção da saúde pelo enfermeiro educador frente ao caso de sífilis congênita, com enfoque na saúde do binômio mãe/filho.

Para análise dos dados, utilizou-se uma abordagem qualitativa, que não se preocupa em quantificar, mas sim em compreender e explicar as relações sociais bem como a dinâmica, e, tem o interesse de atingir um nível de realidade, ou seja, motivos, aspirações, crenças,

valores e atitudes(MINAYO, 2004). Após a compreensão dos dados, utilizamos a análise de conteúdo de Bardin (2010). A referente pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, da MEAC, conforme parecer nº.375.294(BRASIL, 2012).

Resultados e Discussão

As participantes do estudo foram oito puérperas portadoras de sífilis cujo seus RN estavam internados em UIN em tratamento para SC. A maioria das mães infectadas com sífilis eram solteiras e jovens, outros estudos comprovam que mulheres solteiras com a vida sexual ativa apresentam mais chances de adquirir a infecção(MASCOLA, 1984). A ausência de parceiro fixo também prejudica a eficácia do tratamento para sífilis, dentre as entrevistadas, duas relataram não ter certeza da paternidade de seus filhos, e ainda mantém relações sexuais com múltiplos parceiros.

Dos exames realizados pelas participantes, durante o pré-natal, a maioria relatou ter feito os exames de rotina, incluindo o VDRL, porém não tiveram acesso ao resultado do mesmo. Nota-se também, que a dependência química, seja ela o consumo de álcool, cigarro, crack e/ou outras drogas esteve presente em cinco casos, pois o consumo de drogas leva o dependente a um aumento da atividade sexual⁽¹⁴⁾, onde eleva as chances de contrair alguma DST.

Pesquisas têm apontado evidências crescentes de que as mulheres apresentam taxas mais elevadas de uso de drogas do que os homens (BUNGAY, 2010). O consumo de bebidas alcoólicas ou outras drogas lícitas ou ilícitas pode alterar a capacidade de percepção do indivíduo, podendo levar à prática desprotegida de atividades sexuais facilitando a transmissão da sífilis e de outras doenças sexualmente transmissíveis (DST). A partir do perfil social das participantes do estudo, pode-se deduzir que a maioria das gestantes eram fortemente vulneráveis a contraírem DST. É importante salientar que o grau de instrução é um dos fatores determinantes para o desconhecimento da mãe acerca da doença, pois a desinformação leva a essas mulheres a não saberem os reais riscos dessa infecção. A baixa escolaridade está relacionada à falta de conhecimento sobre DST e a importância dos cuidados do pré-natal (VALDERRAMA, 2004).

Promoção da Saúde pelo enfermeiro educador frente ao caso de sífilis congênita: saúde do binômio mãe/filho

As equipes de saúde necessitam executar o mais precocemente possível ações de prevenção e diagnóstico de sífilis, especialmente no pré-natal. A população geral deve estar inserida em campanhas educativas com uma perspectiva de conscientizar quanto à importância da realização de exames periódicos (SANTOS,2009). A essência e especificidade do cuidado ao ser humano, à família e a comunidade, implica no desenvolvimento de atividades de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação (OLIVEIRA, 2009).

A promoção da saúde é entendida de acordo com Oliveira (2009), como uma estratégia de desenvolvimento de ações sociais, políticas, econômicas e ambientais que visam à transformação social e o resgate da cidadania, transformando o indivíduo em sujeito de ação e direito. O significado do termo Promoção da Saúde foi mudando ao longo do tempo e, atualmente, associa-se a valores como: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria (BRASIL, 2007).

A atuação dos enfermeiros é de suma importância para que as ações e as intervenções sejam eficazes frente à prevenção da sífilis. É preciso suscitar a compreensão de que os custos e benefícios da prevenção da sífilis se tornam mais favoráveis do que o tratamento, pois esta é uma oportunidade que os cofres públicos têm de remanejar as verbas para outros setores da saúde com novos investimentos (SANTOS, 2009).

Segundo Oliveira (2009), acredita-se ser importante o desenvolvimento da promoção da saúde como uma tecnologia de relações que permite a re-significação dos propósitos e das ações buscando uma integralidade da assistência. As práticas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças ainda são utilizadas de forma acessória ou desconsideradas, com pouquíssimo ou nenhum impacto sobre a saúde dos beneficiários (BRASIL, 2007).

Conclusão

Conclui-se que a prevenção da SC torna-se relevante e mesmo que o Ministério da Saúde tenha traçado iniciativas para erradicar a doença, percebemos que ainda é presente na nossa sociedade, devido a inúmeros motivos, como a má qualidade dos pré-natais realizados, ao número insuficiente de consultas, a falta de capacitação e atualização no manejo de DST de alguns profissionais, a demora do resultado dos exames, a falta de interesse das gestantes, além da promiscuidade e uso de substâncias químicas.

É visto a importância da promoção da saúde em controle ao número crescente descrito aqui pelos dados do Ministério da saúde. Promoção esta, que trará consigo uma inovação aos cuidados de uma equipe multiprofissional atuante na saúde pública do país. Com isso, é preciso avançar na organização dos serviços de saúde, otimizando e melhorando o atendimento à população, a fim de realizar a promoção de saúde e prevenção de agravos.

Referência

BARDIN, L. Análise de conteúdo. 5ªed. Lisboa: Edições 70, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Guia de Vigilância Epidemiológica. 3ª Ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agencia Nacional de Saúde Suplementar. Promoção da saúde e prevenções de riscos e doenças na saúde suplementar: manual técnico. 2 ed. **Rev. e atual.** Rio de Janeiro: ANS, 2007.

BUNGAY, V; JOHNSON, J. L; VARCOE, C; BOYD, S. Women's health and use of cocaine in context: Structural and 'everyday' violence. **International Journal of Drug Policy**. 2010; 21(4): 321-9.

CEARÁ. Situação epidemiológica da sífilis congênita no Ceará. Informe Epidemiológico Sífilis Congênita. Governo do Estado do Ceará. Secretária de Saúde. Junho, 2012. Available from: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:JhAMVhsttAgJ:www.saude.ce.gov.br/index.php/boletins%3Fdownload%3D76%253Asifilis-congenita-dezembro-de-2010+&cd=3&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em 28 abr. 2013.

FINELLI, L; BERMAN, S. M; KOUMANS, E. H. Congenital syphilis. *Bull World Health Organ*. 1998;76[Suppl2]:126-8.

GRIMBERG, G; RAVELLI, M. R; ETCHEVES, P. D. C; ORFUS, G; PIZZIMENTI, M. C. Sífilis y embarazo - control prenatal, seroprevalencia y falsos biológicos positivos. **Medicina (B Aires)**. 2000; 60(3):343-7.

LUMBIGANON, P; PIAGGIO, G; VILLAR, J; PINOL, A; BAKKETEIG, L; BERGSJO, P. The epidemiology of syphilis in pregnancy. **Int J STD AIDS**. 2002; 13(7):486-94.

MASCOLA, L; PELOSI, R; BLOUNT, J. H; BINKIN, N. J; ALEXANDER, C. E; CATES, W. Jr. Congenital syphilis. Why is it still occurring? *JAMA* 1984; 252: 1719-22.

MOBLEY, J. A; MCKEOWN, R. E; JACKSON, A. B; SY, F; PAHRAM, D. O; BRENNER, M. D. Risk factors for congenital syphilis in infants of women with syphilis in South Carolina. **Am J Public Health**. 1998;88(4):597-602.

MINAYO M. C. S. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 8.ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2004.

OLIVEIRA, M. M. C.; BARBOSA, A. L.; GALVÃO, M. T. G.; CARDOSO, M. L. M. L. Tecnologia, ambiente e interações na promoção da saúde ao recém-nascido e sua família. **Rev. Rene**.10(3); 44-52. Jul-set. 2009.

SANTOS, V. C; ANJOS, K. F. Sífilis: uma realidade prevenível. Sua erradicação, um desafio atual. **Revista Saúde e Pesquisa**. 2009; 2(2): 257-63.

SOUTHWICK, K. L; BLANCO, S. SANTANDER, A; ESTENSSORO, M; TORRICO, F; SEOANE, G. Maternal and congenital syphilis in Bolívia, 1996: prevalence and risk factors. **Bull World Health Organ**. 2001;79(1):33-42.

VALDERRAMA, J; ZACARIAS, F; MAZIN, R. Sífilis materna y sífilis congênita em América Latina um problema grave de solución sencilla. **Rev Panam Salud Publica**. 2004; 16 (3): 211-17.

Agradecimentos

À Deus, pai superior, que sempre está ao nosso lado sustentando e fortalecendo-nos em momentos de fraquezas. À nossa família pelo sempre apoio em escolhas profissionais e pessoais.

À Professora e amiga Karla Maria Carneiro Rolim, por sua dedicação, paciência, amizade e orientação tão conceituada e de competência, e que sempre não mediu esforços para dar sua atenção aos nossos questionamentos e dúvidas.

A Universidade de Fortaleza (UNIFOR) por sua promoção e incentivo à inovação e a pesquisa.

SEGUIMENTO AMBULATORIAL DE ENFERMAGEM EM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: MOTIVOS DE ABANDONO

Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago (apresentador) – Universidade Estadual do Ceará (UECE) – jenifacs@yahoo.com.br
Luzy Hellem Fernandes Aragão Brasil - UECE

Patrícia Giselle Freitas Marques – UECE

Taiane Emil Silva Sampaio - UECE

Jacqueline de Souza Pereira - UECE

Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa (orientador) - UECE

Palavras-chave: Enfermagem. Consulta de enfermagem. Insuficiência Cardíaca. Abandono.

Resumo

O presente estudo tem como objetivo identificar as causas de abandono de pacientes portadores de insuficiência cardíaca acompanhados por enfermeiros em um serviço especializado. Trata-se de um estudo descritivo desenvolvido sob uma abordagem quantitativa. Os dados foram coletados em uma Unidade de Transplante e Insuficiência Cardíaca (UTIC). As informações para o desenvolvimento do estudo foram obtidas por meio de inquérito telefônico junto aos pacientes que se encontravam ausentes do atendimento de enfermagem na UTIC.

De acordo com os dados encontrados nesta pesquisa, vários fatores colaboram para abandono no seguimento ambulatorial. O acompanhamento ambulatorial como parte constituinte do tratamento do paciente com IC contribui de forma significativa para aderência do seguimento pelo paciente. No que se referem às características sociodemográficas observados na pesquisa os pacientes do sexo masculino apresentaram maior desistência do tratamento. Outro dado encontrado na presente pesquisa que é ratificado pela literatura disponível é a alta prevalência de IC entre pessoas maiores de 60 anos (38,5%). Uma informação relevante e merecedora de atenção é o fato de 25,8% dos pacientes sejam procedentes de outros 19 municípios. Quanto às causas relatadas, estas incluíram: melhora dos sintomas, participação da família no cuidado e distância do domicílio ao ambulatório. Conclui-se que o conhecimento dessas informações possibilita a elaboração de estratégias que minimizem as frequências de abandono do seguimento ambulatorial.

Introdução

O adoecimento crônico caracteriza-se por um estado de permanência de sinais e sintomas, muitas vezes agravados pelo desconhecimento no manejo destes ou ainda pela insistência em um estilo de vida que pouco contribui para o controle da doença. Na Insuficiência Cardíaca (IC) a ampla interferência de sintomas no cotidiano do paciente determina sua busca por assistência especializada, de modo geral, assistência médica.

No que se refere ao tratamento de cardiopatias, cujo desfecho cursa com o estabelecimento da IC, a estruturação de serviço ambulatorial com a participação do enfermeiro tem assegurado resultados positivos, inclusive com representativa adesão dos pacientes ao tratamento clínico prescrito.

A Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica – 2012 observa que enfermeiras treinadas aparentam ter a mesma capacidade do que cardiologistas para fazer diagnóstico de congestão em IC e que avaliações e seguimento por enfermeiras podem reduzir significativamente a ocorrência de hospitalização.

A consulta de enfermagem pode ser considerada um recurso favorecedor de educação em saúde, principalmente naquelas afecções cuja condição de cronicidade se faz predominante. Prática em significativa ascensão, as consultas conduzidas por enfermeiros apresentam como ponto de destaque a escuta atenta e o enfoque além do tratamento farmacológico.

Na atualidade, existe uma forte tendência na valorização do uso de tecnologias sofisticadas para tratamento de pacientes portadores de IC, inclusive com o avanço no número de transplantes cardíacos realizados em diferentes centros transplantadores brasileiros. Entretanto, a utilização de atividades de baixo custo e comprovada eficácia ainda não são plenamente reconhecidas. A abordagem multidisciplinar, na qual se inclui a consulta de enfermagem, é uma estratégia pertinente ao tratamento de uma doença cuja principal característica é sua complexidade de fatores intervenientes.

É possível observar, a partir de experiência de diferentes serviços especializados, que a inserção precoce de pacientes portadores de IC, independente de sua classe funcional (CF), em ambulatórios bem estruturados favorece maior controle dos sintomas, inclusive com o monitoramento direto da evolução da doença de base.

Sob essa perspectiva foi estruturada a Unidade de Transplante e Insuficiência Cardíaca (UTIC) do Hospital de Messejana, embasada no envolvimento e compromisso de médicos, enfermeiros, assistente social, psicóloga, nutricionista, fisioterapeuta e odontólogo, com objetivo de preparar e acompanhar pacientes diagnosticados com IC, cuja instabilidade clínica colocava como única alternativa o transplante cardíaco (TX).

Desde 1998, data do primeiro transplante realizado em Fortaleza, a procura tem se tornado crescente com um fluxo significativo de pacientes que chegam ao serviço seja através do próprio hospital, ou ainda oriundo de outras instituições, dentro do estado do Ceará ou mesmo de outros estados. Muitos desses pacientes, em princípio com indicação para TX, após avaliação com equipe médica e de enfermagem apresentavam melhora importante em seus sinais e sintomas, com estabilização do quadro clínico e suspensão da indicação de transplante.

Caracterizou-se, então, a necessidade da estruturação do atendimento ambulatorial realizado por enfermeiras com ênfase no autocuidado e educação em saúde, especificamente para os pacientes portadores de IC resultante do adoecimento do músculo cardíaco (miocardiopatias).

Para as enfermeiras participantes das consultas de enfermagem sempre esteve presente a relevância e resultados positivos alcançados com o trabalho desenvolvido. Tal percepção decorria de discursos dos pacientes de aparente satisfação, além da expressiva melhora clínica, o que em muitas situações afastou em definitivo a indicação para o TX.

O acompanhamento ambulatorial proposto fundamenta-se na educação em saúde, auxiliando pacientes e familiares na adequada compreensão do processo de adoecimento e tratamento. Mudanças no estilo de vida, aceitação das medidas farmacológicas e não farmacológicas são também objetivos relacionados com a intervenção do enfermeiro durante as CE.

A adesão adequada depende do entendimento do profissional sobre o “que é a não adesão” e trabalhar com o paciente visando uma solução para este problema. Nenhuma tecnologia existente hoje ou no futuro irá substituir o bom entendimento e o sincero interesse da relação terapêutica presente na relação profissional-cuidador-paciente. (RAND, & WEEKS, 1998).

Em levantamento recentemente realizado, foi identificado um total de 497 fichas de atendimento abertas por enfermeiros no período de 2008 – 2012. Na observância desse material apenas 186 pacientes estiveram presentes no ambulatório de enfermagem de forma continuada, considerando um período mínimo de pelo menos um ano de comparecimento ao setor.

Resta-nos então a questão: quais seriam as principais causas para as ausências ou abandono do acompanhamento proposto? Seriam as estratégias utilizadas pelas enfermeiras durante as consultas de enfermagem satisfatoriamente válidas para o processo de em saúde desse grupo de pacientes?

O presente estudo tem como objetivo identificar as causas de abandono de pacientes portadores de IC acompanhados por enfermeiros em um serviço especializado.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo desenvolvido sob uma abordagem quantitativa, utilizando-se para tanto métodos estatísticos para organização e tratamento dos dados. A investigação exploratória adequa-se as áreas que necessitam que seus conhecimentos sejam ampliados ou mesmo sistematizados sobre a realidade estudada para modificá-la (GIL, 2010).

O estudo foi realizado no hospital Dr. Albert Studart Gomes, conhecido também como hospital do Coração de Messejana, em Fortaleza-Ceará, unidade de saúde terciária especializada no diagnóstico e tratamento de doenças cardíacas e pulmonares, gerenciado pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA).

Os dados foram coletados na Unidade de Transplante e Insuficiência Cardíaca (UTIC) na qual acontecem os atendimentos ambulatoriais realizados por enfermeiras junto a clientela portadora de insuficiência cardíaca.

As informações para o desenvolvimento do estudo foram obtidas por meio de inquérito telefônico junto aos pacientes que se encontravam ausentes do atendimento de enfermagem na UTIC. A escolha do inquérito telefônico, quando comparado ao inquérito domiciliar apresenta significativas vantagens, dentre elas a redução de custos, facilidade operacional e na obtenção de resultados (BERNAL, 2011).

Foi identificado um total de 311 pacientes ausentes por um período superior a um ano, cujas causas do abandono ao atendimento de enfermagem eram desconhecidas. A pesquisadora aplicou formulário via telefone, diretamente da unidade de transplante e insuficiência cardíaca do hospital, utilizando-se para tanto as informações contidas na ficha padrão utilizada pelas enfermeiras no momento de admissão do paciente na unidade cujo manejo foi requerido por meio do Termo de Fiel Depositário.

Por ocasião do contato telefônico a pesquisadora preencheu um formulário para registro das informações necessárias para o alcance dos objetivos da pesquisa. Foram excluídas do estudo aquelas fichas cujo número de telefone indicado não possibilitou o contato após três tentativas, assim como aquelas onde não houve registro de telefone. Deste modo, dos 311 pacientes que abandonaram o seguimento, foi possível contatar 96 deles.

Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos para melhor visualização e discussão com a literatura pertinente.

Destaca-se que o presente estudo respeitou os preceitos éticos e legais propostos na resolução 466/2012 do CNS sendo submetido e aprovado em comitê de ética sob o protocolo Nº611.214.

Resultados e Discussão

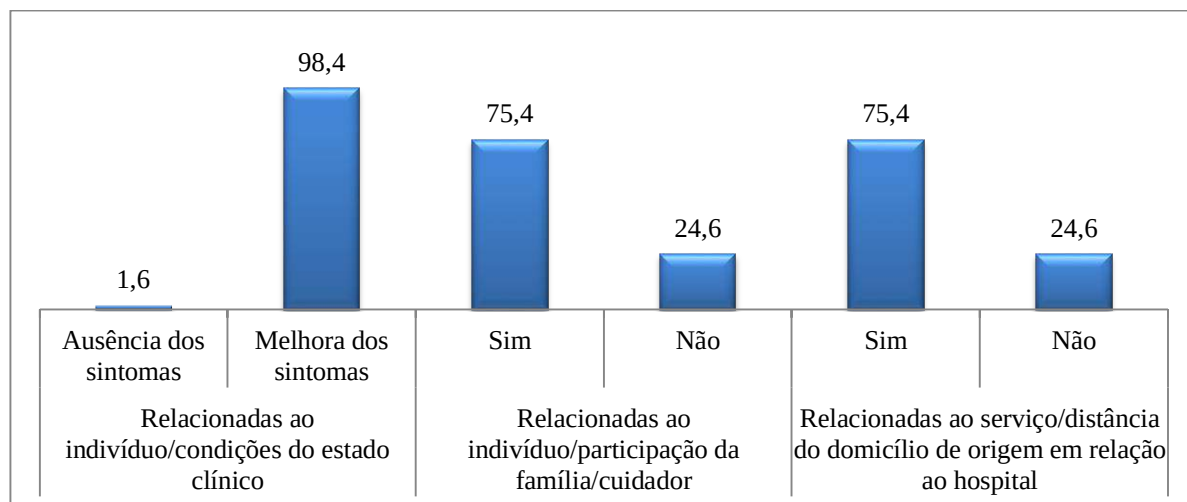
Ao iniciar a investigação sobre as possíveis causas de abandono, constatou-se que 32,3% (31) dos pacientes cujas ligações foram atendidas tinham ido a óbito. Deste modo, as demais informações apresentadas neste trabalho dirão respeito apenas aos pacientes que se encontram atualmente vivos.

A seguir a apresentação das outras possíveis causas de abandono dos pacientes que atualmente encontram-se vivos (65 – 67,7%).

É possível visualizar no gráfico 1 que, concernente às causas relacionadas às condições do estado clínico a quase totalidade (98,4%; 61) referiu melhora dos sintomas. Quanto à participação da família/cuidador, 75,4% (49) responderam sim.

Quanto à distância do domicílio de origem ao hospital verificou-se 75,4% (49) afirmando que esta era uma causa do abandono do seguimento.

GRÁFICO 1 – Percentual de outras possíveis causas de abandono dos pacientes que foram localizados por telefone e encontram-se vivos. Fortaleza, Ceará, 2014. (n=65)



A principal causa do abandono encontrada no presente estudo foi a “Melhora dos Sintomas”, tendo sido citado por 98,4% dos contratados. O desconhecimento da doença leva ao abandono do seguimento na percepção de qualquer melhora pelo paciente. A falta de informação sobre a doença, possíveis efeitos colaterais, a importância em completar o esquema de tratamento, mesmo que haja melhora dos sintomas e a grave consequência da interrupção do mesmo, é fator que influencia o abandono do tratamento, uma vez que estão ligados à sensibilização do doente para seu agravo (RODRIGUES, et al. 2010).

Um estudo prospectivo realizado com 212 pacientes internados em um hospital especializado em São Paulo procurou reconhecer os fatores precipitantes de descompensação da IC. Os autores identificaram que o principal fator precipitante foi a baixa adesão com a medicação, responsável por 24% das descompensações, seguida da evolução da doença (22%) e baixa adesão com a medicação somada à hipertensão (20%) (MANGINI et al, 2008).

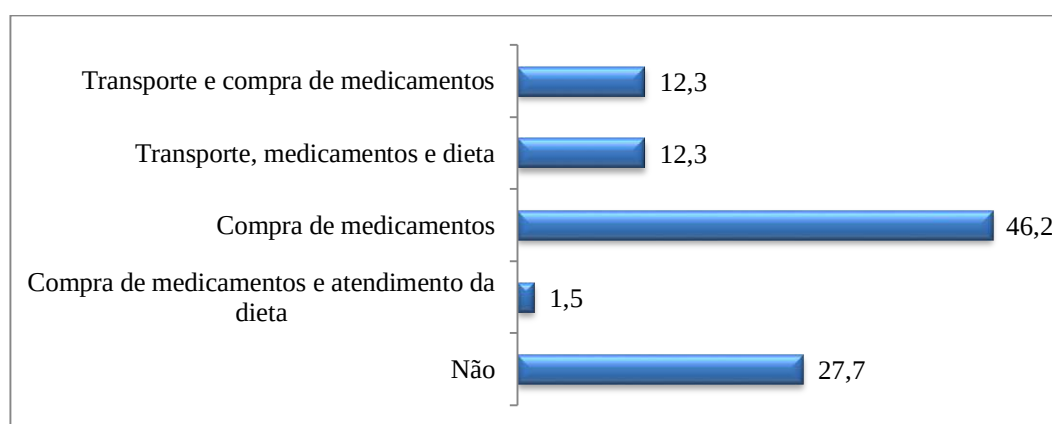
Os dados mostraram também que, a participação de um cuidador não foi suficiente para a adesão ao tratamento, embora a literatura mostre ser esse ponto de extrema importância para a aderência de pacientes com doenças crônicas ao tratamento e comparecimento às consultas.

Comumente, a família já é a primeira fonte de suporte a qual seus membros recorrem para resolução de problemas. Ela pode estar presente desde a simples preparação da refeição, passando pela modalidade de lazer, até a rotina do uso de medicamentos e de consultas para avaliação do estado de saúde. Logo, concorda-se que a família deva estar envolvida intimamente no cuidado que favoreça a adesão do doente ao tratamento (ELSEN, 2002).

A distância do local de origem em relação ao hospital também constitui como uma das principais causas de abandono, uma vez que acarreta muitas dificuldades de acesso [...] aos que precisam deslocar-se de pequenos municípios do interior do estado. Esse acesso limitado finda por impossibilitar o seu comparecimento às consultas e avaliações mensais [...] (RODRIGUES, et al. 2010).

Investigou-se a respeito de dificuldades financeiras pelos quais os pacientes que abandonaram o seguimento poderiam estar passando. As respostas são observadas no gráfico 2. Evidenciou-se que o item mais relatado foi dificuldade com a compra de medicamentos (46,2%; 30).

GRÁFICO 2 – Dificuldades financeiras relatadas pelos pacientes que abandonaram o seguimento ambulatorial de insuficiência cardíaca. Fortaleza, Ceará, 2014. (n=65).



Por tratar-se de doença crônica, de elevada morbidade e mortalidade e expressivo número de internações, o seguimento ao tratamento (restrição hidrossalina e uso adequado de medicações que melhoram sintoma e sobrevida) é fundamental para que melhores resultados sejam alcançados. Nesse contexto, estudos com clínicas de IC (unidades especializadas no tratamento de pacientes com IC, constituídas por cardiologista, enfermeiro especializado em IC e equipe multidisciplinar) têm demonstrado diminuição no número de internações, melhora da aderência ao tratamento e qualidade de vida, sendo arma interessante como política de saúde pública na IC, além da disponibilização das medicações que melhoram o sintoma e reduzem a mortalidade (MAGINI, 2008), tendo sido o alto custo dos medicamentos a principal dificuldade citada pelos pacientes que abandonaram o tratamento.

Conclusão

O presente estudo permitiu evidenciar sobre aqueles que faziam acompanhamento ambulatorial de enfermagem em insuficiência cardíaca e abandonaram que a maioria das causas de abandono não estava relacionada a óbito e incluíam: melhora dos sintomas, participação da família como cuidador e distância do domicílio ao serviço. Ao ser interrogado sobre dificuldades financeiras o principal relato foi dificuldades com a compra de medicamentos.

A partir dos dados levantados é possível refletir sobre que aspectos devem ser levados em consideração ao desenvolver a consulta de enfermagem neste serviço especializado. Conhecer as causas de abandono possibilita o planejamento para as próximas atividades interventivas dos enfermeiros no que concerne ao acompanhamento ambulatorial, com orientações que contemplem essas possibilidades, reduzindo-as. Assim, espera-se que o abandono do seguimento sofra declínio e esses pacientes tenham melhor qualidade de vida.

Referências

WHO (World Health Organization), 2003. Adherence to long – term therapies: evidence for action. Disponível em <http://www.who.int.chp/knowledge/publications/adherence_report/en/>. Acesso em 01 fev, 2014

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

BERNAL, Regina Tomie Ivata. Inquéritos por telefone: inferências válidas em regiões com baixa taxa de cobertura de linhas residenciais. 2011. Tese (Doutorado em Epidemiologia) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-09092011-120701/>>. Acesso em: 2014-03-06.

NOGUEIRA, PR; RASSI, S; CORREA, KS. Perfil epidemiológico, clínico e terapêutico da insuficiência cardíaca em hospital terciário. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 95, n. 3, Sept. 2010.

DUARTE, MTC et al. Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, Aug. 2010.

RODRIGUES; I.L.A. et al. Abandono do tratamento de tuberculose em co-infectados TB/HIV. Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo, v.44, n.2, p.383-387, 2010.

MANGINI, S. et al. Insuficiência cardíaca descompensada na unidade de emergência de hospital especializado em cardiologia. Arq Bras Cardiol., n. 6, v. 90, 2008.

Agradecimentos

Agradecemos aos pacientes/famíliares que já foram acompanhados no ambulatório de insuficiência cardíaca e prontamente participaram do estudo.

SIGNIFICADO ATRIBUÍDO PELA GESTANTE SOBRE SEXUALIDADE

Pâmela Campêlo Paiva (apresentador) – Universidade de Fortaleza, enfapamelapaiva@hotmail.com

Dionara Sousa da Silva – Hospital Geral de Fortaleza

Fátima Luna Pinheiro Landim – Universidade de Fortaleza

Maria de Fátima Cavalcante Lima - UNIFOR

Francisca Aldeniza Pereira Gadelha – Universidade Estadual do Ceará

Francisca Gomes Montesuma. (orientador) – Universidade Estadual do Ceará

Palavra-chave: Sexualidade. Gestação.

Resumo

O processo de gestar pode representar um período crítico, pois ela vai vivenciar uma fase de mudanças que irá refletir nas diferentes áreas da sua vida. A sexualidade para a mulher durante a gestação pode se manifestar de diferentes maneiras, que podem ser observadas pelo comportamento da mesma, sendo relacionado com a abstinência até o desejo aumentado pela atividade sexual. Reconhecer a própria sexualidade significa ser responsável, pelo próprio corpo, ou seja, a mulher tem mais autonomia e liberdade para usufruir da sua

sexualidade ignorando as repressões impostas pela sociedade. O estudo objetiva descrever o significado atribuído pela gestante sobre a sexualidade. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, com dados primários, mediante uma pesquisa de campo realizada com trinta mulheres que frequentam o Hospital Geral de Fortaleza para realizarem seus exames pré-natais. A pesquisa obedeceu os preceitos éticos de acordo com a resolução 196/96, passando pelo comitê de ética e pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza, cujo protocolo do CEP 171101/11. Com a realização desta pesquisa foi possível constatar que há a necessidade da implantação de uma assistência padronizada na assistência à mulher, de modo a sanar as suas dúvidas e medos sobre a sexualidade durante a gestação.

Introdução

Segundo Rico (2006, p. 1), as principais mudanças ocorridas com as mulheres no início da gestação são hormonais que acarretam boa parte dos demais sintomas. Mesmo assim, nem todas as gestantes possuem os mesmos sintomas, apresentando “variações quanto à ocorrência, severidade e persistência, os sintomas caracterizam-se por serem uma forma de expressão do inconsciente”. Mesmo assim, antes da confirmação laboratorial, muitas mulheres já sabem quando estão grávidas, pois conhecem seu corpo, sentimentos e emoções.

O processo de gestar pode representar um período crítico, pois ela vai vivenciar uma fase de mudanças que irá refletir nas diferentes áreas da sua vida. O crescimento abdominal, a sensibilidade mamária, náuseas, vômitos e a maior lubrificação entre outros; são alterações orgânicas que as mulheres sofrem durante a gestação e que podem influir na vida sexual dos cônjuges por gerar desconforto.

A sexualidade para a mulher durante a gestação pode se manifestar de diferentes maneiras, que podem ser observadas pelo comportamento da mesma, sendo relacionado com a abstinência até o desejo aumentado pela atividade sexual. Reconhecer a própria sexualidade significa ser responsável, pelo próprio corpo, ou seja, a mulher tem mais autonomia e liberdade para usufruir da sua sexualidade ignorando as repressões impostas pela sociedade.

Em se tratando de sexualidade, segundo o psicólogo Gerson Abarca, é simplesmente, o estudo do ser humano na sua totalidade biológica, psicológica e social. Cabendo ao biológico todas as reações fisiológicas; no psicológico a estrutura de pensamento, e por isto as escolhas, e o social que dará a dimensão comunitária da sexualidade, em que o indivíduo só existe no outro, por isso nominamos espécie humana – somos coletivos. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), Saúde sexual é a integração dos aspectos físicos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexual, de tal maneira que enriqueçam e fortaleçam a personalidade, a comunicação e o amor permitindo o prazer, o controle sexual e a conduta reprodutiva sem limitar o prazer e o controle do outro. Neste sentido, a sexualidade não deve ser vista apenas como relação sexual, e sim como um processo amplo que envolve relações afetivas entre duas pessoas.

Este estudo se justifica, por buscar contribuir para que a questão da sexualidade seja ainda mais explorada. Nesse contexto o estudo objetiva descrever o significado atribuído pela gestante sobre a sexualidade.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, com dados primários, mediante uma pesquisa de campo realizada com as mulheres que frequentam o Hospital Geral de Fortaleza para realizarem seus exames pré-natais.

Após a identificação do material, que ocorreu de julho a novembro de 2011, foram realizadas leituras flutuantes dos textos, pois este momento consistiu em buscar conteúdos acerca dos temas tratados. A finalização da pesquisa ocorreu em janeiro de 2012 após a aplicação e análise das informações via questionário semi estruturado junto à amostra populacional selecionada aleatoriamente.

Todavia, o estudo descritivo foi complementado com a pesquisa exploratória, pois “proporciona maior familiaridade com o problema ou fenômeno a ser investigado, com vistas a deixá-lo mais explícito ou a levantar hipóteses” (VIANNA, 2001, p. 108).

A pesquisa qualitativa parte do princípio da existência de uma relação entre as variáveis e o próprio sujeito do estudo, criando um vínculo entre eles. Possui a facilidade de poder descrever a complexidade de uma determinada hipótese ou problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos experimentados por grupos sociais, apresentar contribuições no processo de mudança, criação ou formação de opiniões de determinado grupo e permitir, em maior grau de profundidade, a interpretação das particularidades dos comportamentos ou atitudes dos indivíduos (OLIVEIRA, 2001, p.117).

Assim, esse tipo de pesquisa foi utilizado nesse trabalho por permitir a interpretação dos dados com a atribuição de significados mais abrangentes, com o pesquisador comportando-se como intérprete da realidade visto a possibilidade de variação tanto das características quanto do comportamento do objeto de estudo.

Participaram da pesquisa de 30 gestantes que realizam seu pré-natal no Hospital Geral de Fortaleza (HGF), selecionadas aleatoriamente, desde que estivessem presentes no momento em que a pesquisadora desloca-se até o local, preenchendo os pré-requisitos necessários e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido constante nos apêndices deste trabalho.

A pesquisa obedeceu os preceitos éticos de acordo com a resolução 196/96, passando pelo comitê de ética e pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza, cujo protocolo do CEP 171101/11.

Resultados e Discussão

Para discutir sobre os significados atribuído pelas gestantes no que se refere a sexualidade, foram feito dois questionamentos. Primeiramente as entrevistadas foram questionadas se estas têm algum medo que a relação sexual possa prejudicar o desenvolvimento do bebê, sendo as respostas tabuladas e apresentadas no quadro 1.

ENTREVISTADA	RESPOSTAS
1	Não tem medo que prejudique o desenvolvimento do bebê, e sim que possa machucar, por estar apertando, se apoiando e machucar a barriga, deixar o bebê sufocado.
2	Não, porque o médico disse que quanto mais fizer melhor, para abrir a passagem na hora de nascer. Não soube responder como poderia prejudicar.
3	Eu acho que pode machucar o bebê na hora da relação, da penetração
4	Não acho que pode prejudicar.
5	Não acho que possa prejudicar em nada.
6	Acho que só poderia prejudicar em caso de aborto
7	Só se não tivesse tido cuidado com DST's, se não tivesse feito prevenção.
8	Em alguns momentos tive medo por causa de sangramento ou de perder líquido.
9	Por sentir dor na barriga tenho medo que possa estar prejudicando o bebê e pela barriga ser muito grande.
10	Acho que não prejudica.
11	Não acho que possa prejudicar em nada.
12	Não tenho medo porque acho que não tem nada a ver, no planejamento familiar, eu fui orientada que não teria problema.
13	Acho que pode machucar na hora da relação por causa da posição
14	Tenho medo que prejudique no momento da penetração.
15	Não acho que prejudica.
16	Durante a penetração ocorrer um sangramento, ficou um trauma por causa dos abortos.
17	Sim, tanto que quando vou fazer, peço para fazer devagar; o marido tem medo de me machucar.
18	Acredito que não é possível.
19	Por que sinto dor na hora da relação, por isso tenho medo que possa estar magoando o bebê
20	Tenho medo de perder o bebê, de abortar
21	Pra mim não prejudica em nada.
22	Eu acho que vai machucar, em certas posições fica incômodo.
23	Acredito que não
24	Me disseram que não faz mal..
25	Não acho que vai prejudicar, fico muito tranquila.

26	Acho que pode machucar, sacudir..
27	Não respondeu
28	Se não tiver incômodo, dores, ou algum tipo de sangramento não tenho medo.
29	Eu acho que não prejudica e sim ajuda.
30	Acho que pode machucar por conta das posições, me sinto constrangida e mais feia.

Quadro 1. Conhecimento sobre a relação sexual e o desenvolvimento do bebê

Fonte: Dados primários (2012)

Frente aos relatos das gestantes percebe-se uma divergência nas falas no que se refere ao conhecimento sobre a relação sexual e o desenvolvimento do bebê. Parte das gestantes apontam medo e falta de conhecimento, outra parte apresentam lucidez e coerência pois foram bem informadas sobre esse processo vivenciado.

Silva e Nunes (2008) mencionam também a relação sexual não machucará o bebê, mesmo quando os parceiros ficam por cima. No entanto, em alguns casos, após a relação a gestante pode sentir o bebê um pouco mais agitado, mas isso não é porque ele esteja sentindo dor ou que esteja acontecendo algum tipo de problema, e sim porque o coração da mãe está mais acelerado. É claro que, em casos de dúvidas ou receios o médico deve ser consultado, podendo inclusive o parceiro participar das consultas do pré-natal.

Sobre essa preocupação das gestantes, Rico (2006) explica que salvo as contra-indicações médicas, o casal pode perfeitamente continuar ativo a relação sexual, pois o bebê está bastante protegido sendo possível fazer qualquer posição, desde que a gestante se sinta confortável e segura.

Frente a esse questionamento Shimizu e Lima (2009) destacam a importância do pré-natal, pois além de fazer o acompanhamento do desenvolvimento do bebê e da saúde da mãe, também pode ajudar a sanar essas dúvidas que muitas vezes não são apenas das gestantes, mas também dos seus parceiros.

O outro questionamento abordou qual a compreensão das gestantes sobre a sua sexualidade, as respostas apresentadas no quadro 2.

RESPONDENTE:	RESPOSTAS
1	As pessoas falam, tem gente que acredita que não se deve ter relação, mas eu sei que é bom, que facilita na passagem do bebe na hora do parto, é importante porque eu gosto, para o relacionamento é fundamental e eu acho que tem que ter, não pode deixar de ter.
2	Eu acho importante, porque médico disse que é bom.
3	Eu acho que é bom porque eu fico mais próxima, mais íntima do meu parceiro.
4	O relacionamento fica diferente, sinto mais falta e necessidade de carinho do que do ato propriamente dito da relação sexual.
5	Para mim é importante para que eu possa m sentir mulher, eu também acho que é importante para o bebê para que ele sinta que os pais se gostam, faz parte da vida de um casal e na gestação eu quero me sentir desejada pelo meu parceiro.
6	Segundo os médicos é bom a gente ter relação, é importante porque aproxima mais o casal, o carinho, o amor e também para manter o homem preso a mulher, para a gente se sentir mais segura.
7	A relação faz parte da vida de um casal, na gravidez, acho a sexualidade importante porque satisfaz o homem evitando que ele vá procurar outras mulheres.
8	Eu penso que vou perder o relacionamento se não tiver relação sexual com meu marido, e em relação ao bebe eu acho que ajuda na passagem na hora de nascer.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

9	Porque da mais intimidade com meu marido para ele não se afastar de mim e procurar outras mulheres.
10	É bom fazer porque ajuda na passagem, é bom para o bebê eu me sinto mais disposta quando tenho relações com meu marido
11	Não soube responder a pergunta.
12	Eu acho que a sexualidade é importante para satisfazer meu marido, para eu ficar também mais íntima dele, acho que a mulher não deve relaxar, tem que se preocupar em se arrumar para o marido, para ele sentir mais desejo por ela.
13	Eu acho que é importante para não perder o carinho, a afinidade com a marido e também para ajudar no parto, na passagem do bebê.
14	Primeiramente para mim sexo é amor; é uma sensação de ser amada, o envolvimento, o carinho, a relação sexual nos deixa mais segura, porque eu sei que estou satisfazendo meu marido.
15	Eu acho que ajuda o casal a se envolve mais, ter um bom relacionamento e ajuda o bebê crescer.
16	Primeiramente, eu entendo que é normal e que é necessário entre um casal, nunca pode deixar de ter relação, eu acho importante por causa do medo de perder a atenção para outras mulheres.
17	Desde o primeiro filho, sempre o médico dizia que era bom, que era importante na hora de nascer, eu me sinto bem com a relação sexual e também acho importante para o meu marido não procurar outra mulher.
18	A relação é importante, porque é nesse período que a mulher se sente mais frágil, precisa de mais atenção e carinho, e também para não haver uma afastamento do casal, eu acredito que faz bem aos três, é um complemento na relação, porque envolve o bebê também
19	Acho importante por causa do carinho.
20	Não acho tão importante, porque não sinto vontade
21	Os médicos dizem que ajuda bastante, porque acaba relaxando e ajuda na passagem do bebê também.
22	Na gravidez é bom porque pode ajudar a gente que vai ter parto normal, me sinto muito bem em saber que meu companheiro está ali presente e também para ele não procurar fora.
23	Pra mim é importante porque me sinto bem.
24	Eu não acho tão importante por causa do desconforto e meu marido tem que entender.
25	Eu acho que é importante pra mim como mulher, eu me sinto bem.
26	Eu acho importante porque penso se não tiver relação ele pode ir atrás de outra mulher..
27	Eu acho muito importante, me sinto mais mulher, o desejo aumenta muito
28	Eu acho importante pra mim, para o meu bebê, porque é um momento de carinho entre pai e mãe; eu me sinto feliz.
29	Eu não me sinto sensual na gravidez, mas me sinto bem quando tenho relação e não sinto nenhum desconforto, pois sinto prazer.
30	Na minha opinião é importante se preocupar com a relação sexual na gravidez, eu me sinto mais carente, mais frágil, sinto a

	necessidade de ter um homem presente, que me de amor e atenção.
--	---

Quadro 2. Compreensão por parte das gestantes sobre sua sexualidade durante a gravidez

Fonte: Dados primários (2012)

As falas trazem a compreensão das mulheres gestantes sobre a sua sexualidade, estas em sua maioria apontam a necessidade, destacando seu prazer na relação sexual e mostrando também a preocupação com o bem estar do marido. Algumas demonstram insatisfação com o corpo, porém referem sentir-se bem após o ato sexual.

Rezende e Montenegro (2011) explicam que sendo diagnosticado que a gravidez está se desenvolvendo normalmente, a relação sexual pode proporcionar bem estar para o casal, contribuindo para um relacionamento saudável. Para tranquilizar os casais, os estudos já realizados mostram que não existe relação do ato sexual com o nascimento prematuro dos bebês.

As transformações acarretadas pela gestação podem exercer influência de forma direta ou indireta sobre a sexualidade. Pode ocorrer um aprofundamento da vivência sexual ou o início de dificuldades na relação entre o casal, traduzidas pela diminuição do desejo, interesse e atividade sexual (SILVA; FIGUEIREDO, 2005).

Conclusão

Diante do exposto ao longo desta pesquisa pode-se verificar que a proposta inicialmente levantada foi atingida, pois foi analisada a percepção das gestantes sobre os significados atribuídos sobre a sexualidade nesse período.

Com a realização desta pesquisa foi possível constatar que há a necessidade da implantação de uma assistência padronizada na assistência à mulher, de modo a sanar as suas dúvidas e medos sobre a sexualidade durante a gestação, propondo inclusive que seus parceiros participem do pré-natal para que estas se sintam mais seguras e amadas.

Nesse sentido, para as que ainda acreditam que a relação possa de alguma maneira afetar o desenvolvimento do bebê, destaca-se a necessidade de desenvolver por parte dos profissionais de saúde diálogos permanentes com essas gestantes, convidando inclusive seus parceiros de forma que estes venham sanar as suas dúvidas e consequentemente não tenham sua relação afetada durante esse período tão importante para o casal.

Dessa forma, constata-se a necessidade da assistência pré-natal, propondo uma parceria contínua com a gestante, promovendo um diálogo aberto como elemento primordial e necessário para o relacionamento do casal.

Referências

OLIVEIRA, Silvio Luiz de. Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses. 4. ed. São Paulo: Pioneira, 2001.

REZENDE, J. de. Obstetrícia fundamental. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, G.A.B. Obstetrícia fundamental. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

RICO, Ana Maria Moratelli da Silva. Sintomas da Gravidez. São Paulo: [s/e], 2006.

SHIMIZU, Helena Eri; LIMA, Maria Goreti de As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. Rev. bras. enferm., Jun 2009, vol.62, no.3, p.387-392.

SILVA, L.C.F.P.; NUNES, M.C.M. Sexualidade e Gestação: Um estudo bibliográfico sobre as dúvidas das mulheres quanto às mudanças do seu corpo no período gestacional. 2008.43.f Trabalho de conclusão de curso (especialização) – Universidade de São Paulo, 2008.

VIANNA, Ilca Oliveira de Almeida. Metodologia do trabalho científico: um enfoque didático da produção científica. São Paulo: EPU, 2001.

Agradecimentos

Agradeço aos idealizadores do Seminário Internacional que nos proporcionaram a oportunidade de apresentar nosso estudo; como também a todos os colaboradores que fiéis em todo o processo de construção da pesquisa.

SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELOS IDOSOS ACERCA DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

Ana Larissa Gomes Machado (Apresentador) – Universidade Federal do Piauí; analarissa2001@yahoo.com.br.

Poliana dos Santos Oliveira – Universidade Federal do Piauí.

Kelliane de Moura Costa – Universidade Federal do Piauí.

Ingrid Holanda Guedes – Universidade Federal do Piauí.

Ana Zaira da Silva – Universidade Federal do Piauí.

Neiva Francenely Cunha Vieira (Orientador) – Universidade Federal do Ceará.

Palavras-chave: Saúde do idoso. Envelhecimento. Promoção da saúde. Enfermagem.

Resumo

O aumento da expectativa de vida representa um ganho para a sociedade, mas é preciso um crescimento proporcional entre o envelhecimento e a qualidade com que se envelhece. Estudo descritivo com abordagem mista, realizado em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de Picos-PI. Objetivou-se identificar os significados atribuídos pelos idosos ao envelhecimento saudável. Participaram da pesquisa 72 idosos, com predomínio do sexo feminino (68%), idade entre 60 a 65 anos (32,1%), com renda de 1 salário mínimo (52,8%) e que sabiam ler e escrever o próprio nome apenas (29,2%). Os achados resultantes da análise das percepções dos idosos foram agrupados em duas categorias: concepções acerca do envelhecimento saudável e procura pelo serviço de saúde, as quais foram subdivididas nas subcategorias: paz e tranquilidade, ter estilo de vida saudável, ausência de doenças, percepção positiva acerca do envelhecimento, percepção negativa acerca do envelhecimento, história de vida, ter condições básicas de vida, qualidade de vida, valorizar-se e a categoria procura por serviço de saúde subdividiu-se em uma subcategoria: cuidados de saúde. Conclui-se que os idosos atribuem

ao envelhecimento significados positivos que reforçam a importância da adoção de hábitos saudáveis ao longo da vida para garantir uma velhice tranquila e com saúde física e mental.

Introdução

Até início do século XX, predominavam mitos e estereótipos sobre o idoso influenciando a sociedade e comunidade acadêmica. Priorizavam-se estudos nas faixas etárias da infância e adolescência, e outros poucos comparando desempenho entre grupos de adultos e idosos, o que resultava na vinculação do envelhecimento à perdas e involução no desenvolvimento. Porém, o acelerado processo de envelhecimento, em ocorrência em vários países, tem despertado cada vez mais interesse da sociedade científica, sendo representado e vivenciado de forma diversa nos diferentes contextos culturais (HEIN; ARAGAKI, 2012; BORGES; SEIDL, 2011; CUPERTINO; ROSA; RIBEIRO, 2007).

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) em 2003, a população brasileira de 60 anos ou mais era de cerca de 17 milhões de pessoas, representando cerca de 10% da população total do país. Já a PNAD de 2006 apontava que os idosos alcançavam, aproximadamente, 19 milhões de pessoas, evidenciando o acelerado processo de envelhecimento da sociedade brasileira (BRASIL, 2009).

O aumento da expectativa de vida representa um ganho para a sociedade, mas é preciso um crescimento proporcional entre o envelhecimento e a qualidade com que se envelhece. O envelhecimento saudável envolve características ambientais, nutricionais e hábitos de vida que têm repercussão direta na saúde das pessoas e que devem ter destaque nas ações dos profissionais de saúde. Assim, para promover o envelhecimento saudável deve-se ter em mente a manutenção de cuidados preventivos que contribuam para assegurar a independência e autonomia dos idosos (ALENCAR; JUNIOR; CARVALHO, 2008).

O autocuidado visando à promoção da saúde e à prevenção de agravos são metas para se conquistar o envelhecimento bem sucedido e ao enfermeiro cumpre realizar atividades junto ao idoso que ampliem sua capacidade de participação nos cuidados à saúde. Sentir-se feliz, alegre, de bem com a vida e consigo mesmo são atitudes fundamentais e singulares na fase do envelhecimento, pois alcançar a terceira idade com aspectos psicológicos elevados, otimismo, controle pessoal, autoestima elevada proporcionará maior segurança e confiança para viver a última fase do ciclo vital (SILVA et al. 2011).

Destarte, refletir acerca do significado do envelhecimento saudável a partir da percepção do ser idoso, provavelmente, seja um caminho para entender o significado real do envelhecer, permitindo aos enfermeiros na atenção primária ter informações singulares para planejar suas ações de cuidado preventivo fundamentadas na realidade, consoante às condições de saúde em que o idoso se encontra (FREITAS; QUEIROZ; SOUSA, 2010).

As experiências de manter o bem-estar ou de lidar com o adoecimento são constantes na vida daqueles que enfrentam o envelhecimento, sendo necessário promover a saúde e estimular comportamentos visando à manutenção da autonomia e ao envelhecimento bem-sucedido (SILVA; SANTOS, 2010). Considerando que promover a saúde das pessoas ao longo da vida é uma meta do cuidado de enfermagem, objetivou-se identificar os significados atribuídos pelos idosos acerca do envelhecimento saudável.

Metodologia

Pesquisa descritiva com abordagem mista, desenvolvida em uma Unidade de Saúde da Família (USF) no período de janeiro a agosto de 2014. A população constituiu-se por 128 idosos cadastrados no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (SIS-HIPERDIA), tendo sido a coleta realizada mediante visita aos domicílios dos idosos, devido a sua frequência na unidade ocorrer a cada 2 ou 3 meses. Em virtude da dificuldade de localizar alguns participantes na unidade e/ou no domicílio, participaram do estudo 72 pessoas.

Os idosos foram entrevistados utilizando um instrumento adaptado da versão original do instrumento de Avaliação da Alfabetização em Saúde de Pessoas Idosas (PASKULIN et al. 2011), o qual contempla variáveis socioeconômicas, questões sobre envelhecimento saudável e alfabetização em saúde: busca por informações em saúde, entendendo as informações em saúde, compartilhando as informações em saúde, repercussões das informações em saúde. Para essa pesquisa, foram utilizadas apenas as questões acerca da concepção sobre envelhecimento saudável. As características sociodemográficas foram investigadas a partir de questões objetivas acerca das variáveis: identificação, sexo, idade, nível de instrução, raça/cor, religião, renda pessoal, estado civil, número de filhos, pessoas que residem em sua casa, possui cuidador e parentesco com o cuidador.

Os achados subjetivos foram analisados segundo a análise temática recomendada por Bardin (2011) e para os dados de caracterização da amostra utilizou-se a estatística descritiva com o apoio de *software*. Foram elaboradas duas categorias a partir da análise das falas representativas dos significados atribuídos pelos idosos para o envelhecimento saudável: envelhecimento saudável e procura do serviço de saúde, as quais foram descritas e discutidas a partir da literatura.

O estudo seguiu os preceitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 446/012 que trata dos aspectos éticos para pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012) e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), nº199382113.8.0000.5054.

Resultados e Discussão

De acordo com os achados, os idosos participantes do estudo eram predominantemente do sexo feminino. Dado semelhante ao estudo de Diniz; Tavares (2013) queratificam o fenômeno de feminização do processo do envelhecimento.

A baixa escolaridade dos sujeitos representada por 29,2% dos idosos que só sabiam ler e escrever o próprio nome foi menor que o encontrado no estudo de Linhares et al.(2011), no qual 57% da amostra possuía o mesmo perfil, mas mesmo assim reflete um dado preocupante acerca da limitada capacidade de compreensão dos idosos acerca do tratamento e de sua participação no processo de cuidado.

Observou-se baixa renda familiar dos participantes, uma vez que um pouco mais da metade da amostra recebia um salário mínimo. A renda é um fator que pode comprometer a adesão ao tratamento medicamentoso e a dieta alimentar do idoso com doença crônica. Nessa perspectiva, as ações em saúde devem ser consoantes com as possibilidades econômicas dos idosos, visando o tratamento efetivo (TAVARES; CORTEZ; DIAS, 2010).

Os achados resultantes da análise das percepções dos idosos acerca do envelhecimento saudável foram agrupados nas categorias: concepções acerca do envelhecimento saudável e procura por serviço de saúde.

A primeira categoria foi subdividida em nove subcategorias: **Paz e tranquilidade:** nela as unidades temáticas mostram que envelhecimento saudável para os participantes é ter condições que proporcionem uma vida confortável, sem preocupações com paz e tranquilidade; **Ter estilo de vida saudável:** as falas expressam que envelhecer com saúde é desenvolver hábitos saudáveis de vida como, alimentação, prática de exercícios físicos, repouso e ser independente; **Ausência de doenças:** vê-se que a ausência e até mesmo o menor número de doenças está associado ao envelhecimento saudável na concepção dos participantes; **Percepção positiva acerca do envelhecimento:** pode-se perceber pelas unidades temáticas que o envelhecer com saúde é benéfico e leva a aceitação do ficar velho, do envelhecer; **Percepção negativa acerca do envelhecimento:** as unidades temáticas mostram a insatisfação dos pesquisados com o envelhecimento o que os leva a não acreditarem na possibilidade do envelhecimento com saúde, bem como a não aceitação da velhice; **História de vida:** revela que o envelhecer com saúde pode ser herdado, ou seja, a herança genética ou a pré-disposição a doenças também pode influenciar no processo do envelhecimento; **Ter condições básicas de vida:** evidencia-se a necessidade de condições mínimas para se viver e consequentemente envelhecer bem; **Qualidade de vida:** observa-se o desejo de alcançar a velhice com o mínimo de doença possível; **Valorizar-se:** percebe-se pelas falas a importância da vida e que por isso deve-se cuidar da saúde, dar valor a si.

A categoria procura por serviço de saúde apresentou uma subcategoria: **cuidados de saúde.** Nesta subcategoria percebe-se que os idosos relatam a importância de procurar o serviço de saúde com frequência, para verificar o estado de saúde, bem como, aderir ao tratamento da hipertensão.

Para a maior parte dos idosos envelhecer com saúde significava ter condições que proporcionassem uma vida confortável, “*com paz e tranquilidade sem preocupações*”, fala que nos remete tanto ao ambiente físico, ao aspecto emocional e financeiro, ou seja, a aspectos positivos da vida. O que vai ao encontro do estudo de Paskulin et al., (2010), o qual mostra a percepção do idoso sobre qualidade de vida categorizada como sentimentos positivos como paz, tranquilidade, requisitos para viver bem.

Outra definição diz respeito ao estilo de vida, desenvolver hábitos saudáveis de vida como, alimentação, prática de exercícios físicos, repouso e ser independente. Esse achado corrobora com o estudo de Cupertino et al., (2007), no qual categorizaram opiniões de idosos sobre envelhecimento saudável destacando entre elas adoção de comportamentos preventivos como alimentação e exercícios, os quais são hábitos imprescindíveis para envelhecer bem, com qualidade. Achado semelhante foi observado no estudo de Deponti; Acosta (2010) em que a manutenção constante de práticas corporais e intelectuais (atividade física) foi apontada pelo grupo entrevistado como algo muito importante e mesmo decisivo para o envelhecimento.

Outro significado diz respeito ao estilo de vida ou ao desenvolvimento de hábitos saudáveis de vida como alimentação adequada, prática de exercícios físicos, repouso e ser independente. Esse achado corrobora com o estudo de Cupertino et al. (2007), no qual destacam a adoção de comportamentos preventivos como alimentação e exercícios, os quais são hábitos imprescindíveis para envelhecer bem, com qualidade. Achado semelhante também foi observado no estudo de Deponti; Acosta (2010) em que a manutenção constante de práticas corporais e intelectuais (atividade física) foi apontada pelo grupo entrevistado como algo muito importante e mesmo decisivo para o envelhecimento.

Observa-se que a ausência e até mesmo o menor número de doenças é associada ao envelhecimento saudável por alguns participantes deste estudo. Uma visão positiva acerca do envelhecimento é percebida nas falas em que o significado do envelhecer com saúde se traduz em “*é bom*” ou “*é ótimo*”, nos dando a ideia da aceitação do ficar velho.

Esse fenômeno também foi observado no estudo de Cupertino et al., (2007) no qual identifica-se uma transcendência do paradigma de envelhecimento ideal enquanto ausência de perdas físicas, visto que a amostra estudada tende a focar a aceitação da velhice como

sinônimo de envelhecimento saudável. Quanto a percepção negativa frente ao envelhecimento, no presente estudo percebe-se o grau de insatisfação do envelhecer como sinônimo de perdas expressadas não somente como físicas.

No estudo de Guerra e Caldas (2010), a “negação da velhice” é apresentada em alguns casos pela não identificação em estar velho e, em outros, pelo desejo de não ficar velho, dando também a ideia de que o envelhecer está ligado a perdas.

As falas categorizadas como história de vida também se associam ao envelhecimento saudável na concepção dos idosos. Nesta subcategoria o envelhecer com saúde pode ser herdado, ou seja, a herança genética ou a pré-disposição a doenças também pode influenciar no processo do envelhecimento. Esse achado pode ser corroborado pelo estudo de Patrício et al. (2008), o qual mostra que a maioria dos estudos, com enfoque genético, demonstram que, aproximadamente, 25% do tempo de vida das pessoas são determinados por componente genético.

Nas falas categorizadas como cuidados de saúde nota-se que envelhecimento saudável se relaciona a busca frequente pelo serviço de saúde, para avaliação do estado de saúde e consequentemente adoção de medidas preventivas ou curativas, sendo essa busca condição essencial para a manutenção do bem-estar na velhice, fato este também observado no estudo de Borges e Seidl, (2011).

Apesar de os idosos serem considerados mais propensos ao acometimento de doenças, percebe-se no relato desses idosos a preocupação com o envelhecimento bem sucedido, bem como, o interesse em melhorar sua qualidade de vida, através da adoção de comportamentos que minimizem ou previnam as alterações decorrentes do processo de envelhecimento.

Conclusão

O estudo mostrou que as mulheres idosas são as que mais buscam os serviços de saúde na sua faixa etária. Essa evidência implica que elas têm uma atenção maior quando o assunto envolve cuidados com a saúde, reforçando a necessidade de desenvolver mais pesquisas direcionadas à população idosa feminina, a fim de se compreender melhor o processo de feminização do envelhecimento e quais os meios utilizados para se desenvolver promoção da saúde a esse público.

Observou-se um significativo número de idosos com baixa escolaridade, fato que gera repercussões na atenção à saúde, principalmente em condições crônicas. O nível educacional relaciona-se aos cuidados referentes à saúde como a busca, compreensão e prática das informações orientadas pelos profissionais para manutenção da saúde. A baixa renda foi outro fator evidenciado na pesquisa e que tem potencial para comprometer a adesão ao tratamento medicamentoso e a dieta alimentar do idoso com doença crônica.

As percepções dos idosos acerca do envelhecimento saudável referiram-se às condições que proporcionam uma vida confortável e aos aspectos positivos da vida, ao desenvolvimento de hábitos saudáveis de vida pela adoção de comportamentos preventivos como alimentação e exercícios, à ausência e até mesmo ao menor número de doenças, à aceitação da velhice como algo bom, à negação da velhice associada à ideia de perdas, à herança genética ou pré-disposição a doenças e aos cuidados de saúde.

Diante das falas dos idosos percebe-se o desejo dessas pessoas de cuidarem-se mais e viver melhor. Os serviços primários de saúde devem ofertar aos idosos ações de cuidado preventivo que permitam a escuta de sua voz e os acolham em suas necessidades físicas e mentais.

Os cuidados de enfermagem nesse cenário, por sua vez, devem ser ampliados e dar ênfase aos aspectos considerados importantes pelo idoso no processo de envelhecer com saúde. Esses aspectos precisam ser conhecidos pelo profissional para que possa planejar suas ações de cuidado atendendo às necessidades biológicas, educacionais e sociais que permeiam suas concepções sobre a vida e determinam, em parte, seus comportamentos.

Referências

ALENCAR, M.S.S; BARROS, J.F.O; CARVALHO, C.M.R.G. Os aportes sócio-políticos da educação nutricional na perspectiva de um envelhecimento saudável. **Rev. Nutr.**, Campinas, 2008.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**, São Paulo, Edições 70, 2011.

BORGES, L. M.; SEIDL, E. M. F. Envelhecimento de homens idosos. **Paidéia**. v.50, n.21, p.345-352, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 446/012. Brasília, 2012.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2009. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_sobre.pdf acessso em 09/08/14 as 02:24.

CUPERTINO, A.P.F.B; ROSA, F.H.M; RIBEIRO, P.C.C. Definição de Envelhecimento Saudável na Perspectiva de Indivíduos Idosos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**.v.20, n.1, p. 81- 86, 2007.

DEPONTI, R.N; A C O S T A, M.A.F. Compreensão dos idosos sobre os fatores que influenciam no envelhecimento saudável. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, v. 15, n. 1, p. 33-52, 2010.

DINIZ, M.A., TAVARES, D.M.S. Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares em Idosos de um Município do Interior de Minas Gerais. **Texto Contexto Enferm**. v.22, n.4, p.885-92, 2013.

FREITAS, M.C.; QUEIROZ, T.A.; SOUSA, J.A.V. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Rev Esc Enferm USP**. v.2, n.44, p.407-12, 2010.

GUERRA A.C.L.C; CALDAS, C.P. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.6, p.2931-2940, 2010.

HEIN M.A, ARAGAKI S.S. Saúde e envelhecimento: um estudo de dissertações de mestrado brasileiras (2000-2009). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n.17, p.2141-2150, 2012.

LINHARES, J.C.; OLIVEIRA, E.N.; ELOIA, S.C.; FREITAS, C.A.S.L.; SHINKA, I.H.; LIRA, T.Q. Condições Sociais e de Saúde de Idosos Acompanhados pela Atenção Primária de Sobral — CE. **Rev Rene**. v.12, (n. esp.), p.922-9, 2011.

PASKULIN, L.M.G.; AIRE, S.M.; VALER, D.B.; MORAIS, E.P.; FREITAS, I.B.A. Adaptação de um instrumento que avalia alfabetização em saúde das pessoas idosas. **Acta Paul Enferm**. v. 24, n.2, p.271-7, 2011.

PATRÍCIO, K.P.; RIBEIRO, H.; HOSHINO, K. ; BOCCHI, S.C.M. O segredo da longevidade segundo as percepções dos próprios longevos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.4, p.1189-1198, 2008

SILVA, L.W.S; SANTOS, R, G; SQUARCINI C.F.R; SOUZA, A.L; AZEVEDO, M.P.; BARBOSA, F.N.M. Perfil do estilo de vida e autoestima da pessoa idosa - perspectivas de um Programa de Treinamento Físico. **Revista Temática Kairós Gerontologia**.v.14, n.3, p.145-166, 2011.

TAVARES, D.M.S; CORTÊS, R.M.; DIAS, F.A. Qualidade de vida e comorbidades entre os idosos diabéticos. **Rev. Enferm**. URJ, Rio de Janeiro. v.18, n.1,p.97-103, 2010.

Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Piauí (FAPEPI) e à Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (CAPES).

SINTOMA DE DEPRESSÃO E DESCONFORTO BUCAL EM PACIENTES IDOSOS.

Luciana de Carvalho Pádua Cardoso (apresentador) – Mestrado em Saúde Coletiva, UNIFOR (bolsista Capes) lucianacpcardoso@gmail.com

Ana Virgínia Parente Guimarães –Cirurgiã dentista pela UNIFOR.

Viviane Almeida Honório – Cirurgiã dentista pela UNIFOR.

Suzanne Vieira Saintrain – Mestrado em Saúde Coletiva,UNIFOR.

Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira- Pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ.

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

Palavras-chave:Epidemiologia. Saúde bucal. Depressão. Idoso. Saúde Pública.

Resumo

Objetivo. Identificar relação entre sintomas de depressão e desconforto bucal em pacientes idosos. **Metodologia.** Estudo descritivo, realizado com idosos de dois centros de referência de assistência social do Município de Fortaleza. Aplicou-se questionário de identificação, de levantamento epidemiológico e Escala de Depressão Geriátrica. Calcularam-se razões de chances para sintomas de depressão com IC_{95%}, regressão logística no modelo de variáveis com p<0,20. Consideraram-se significantes análises com inferências p<0,05. Os dados foram processados no software SPSS 15.0 (SPSS Co., Chicago, USA). **Resultados.** Participaram 150 idosos entre 60 e 91 anos (média 69,4 ± 7,2anos). Predominou mulheres, baixa renda e escolaridade. Citaram desconforto bucal: boca seca, dificuldade para mastigar e engolir, gosto com os alimentos, inchaço, dor e queimação na boca. Principais doenças: problemas de visão, hipertensão, audição, osteoporose, diabetes *mellitus*, cardiovasculares. Usavam medicamentos 104 (69,3%) e 30 (20.0%) visitaram o dentista no último ano. Detectaram-se sintomas de depressão leve 47(31,3%) e grave 3 (2.0%). Houve associação estatística entre sintomas de depressão

com: boca seca ($p=0,001$), queimação na boca ($p=0,055$), dor na boca ($p=0,009$), inchaço na boca ($p=0,001$), usa prótese ($p=0,048$), tabagismo ($p=0,040$), osteoporose ($p=0,007$), problema de audição (0,016). **Conclusão.** Expressivo número de idosos apresentou sintomas de depressão, havendo associação com desconforto bucal constituindo problema de Saúde Pública que deve ser considerado pelas políticas públicas de saúde.

Introdução

A população idosa brasileira ganha destaque em seu crescimento com os dados do último censo, em 2010, que revela a soma de 190.755.799 de brasileiros dentre os quais 20.590.599 (10,8%) são pessoas de 60 anos e mais (IBGE, 2010)

Ao se referir sobre saúde mental, o primeiro e mais importante problema entre os idosos é a depressão, causada, não só por fatores genéticos, biológicos ou psicológicos, mas também por circunstâncias sociais e ambientais (KALACHE, 2008). Sua maior consequência consiste na restrição ou impossibilidade de o indivíduo realizar atividades, manifestar comportamentos esperados em contextos sociais definidos, comprometendo diretamente a qualidade de vida em suas várias dimensões, desde o cuidado de si mesmo, nível de autonomia e até desempenho na vida familiar, social, profissional, afetiva e religiosa (CHELONI et al, 2003).

A pessoa idosa apresenta mudanças na cavidade bucal, relacionadas as alterações fisiológicas e/ou patológicas decorrentes do envelhecimento, observando-se que, quanto maior a idade, maior o acúmulo de afecções múltiplas e uso de medicamentos em um mesmo indivíduo (SILVA e SAINTRAIN, 2005) o que pode influenciar no seu bem estar e qualidade de vida.

Na esfera psicológica e social, questões odontológicas, como a perda dentária, por exemplo, ocasionam mudanças de comportamento, insatisfação com a aparência, recepção e aceitação social por parte dos outros, deterioração da imagem pessoal e social (VARGAS e PAIXÃO, 2005; ALVES e GONÇALVES, 2005)

No campo da Odontologia, estudo enfatiza que o comprometimento da saúde bucal dos idosos constitui fator de isolamento e depressão (PETERSON e YAMAMOTO, 2005), agravada por fatores associados como acúmulo de doenças e afecções múltiplas, o que, necessariamente, exige uma abordagem odontológica mais complexa. Desta feita, o manejo desses pacientes durante os procedimentos odontológicos, requer elaboração e operacionalização interdisciplinar, considerando que a atenção à saúde bucal do paciente idoso transpõe os limites da Odontologia Clínica, necessitando incorporar conhecimentos de vários ramos do saber na busca de conhecer suas interferências no campo odontológico, e vice-versa, associando-as ao envelhecimento e suas consequências (SAINTRAIN e VIEIRA, 2008).

O objetivo da pesquisa consistiu em identificar relação entre sintomas de depressão e desconforto bucal em pacientes idosos.

Metodologia

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, realizado em setembro e outubro de 2009, com idosos frequentadores de dois dos quatro centros de referência de assistência social – CRAS, da Secretaria Executiva Regional VI - Secretaria Municipal de Assistência Social do Município de Fortaleza – Ceará, Brasil. O estudo tomou por base os CRAS Conjunto Alvorada e Castelão por apresentarem o maior número de idosos atendidos. Todos os participantes inscritos foram examinados, perfazendo um censo de 150 idosos.

O levantamento dos dados foi realizado por meio de: a) dados sociodemográficos (idade, sexo, raça, estado civil, escolaridade e renda); b) saúde geral (condição de saúde auto-relatada, doença sistêmica, problemas de visão, audição); uso de medicamento, fumo e álcool e desconforto bucal (problemas como boca seca, mastigar e engolir os alimentos, gosto dos alimentos, queimação na boca, dor na boca sem razão aparente, edema); e d) aplicação da Escala de Depressão Geriátrica - 15 (EDG -15).

Calcularam-se as razões de chances para sintomas de depressão com seus respectivos IC_{95%}. Fez-se a regressão logística ingressando no modelo as variáveis com $p < 0,20$. Consideraram-se como estatisticamente significantes às análises com inferências $p < 0,05$, cujos dados foram processados por meio do software SPSS 15.0 (SPSS Co., Chicago, USA).

Resultados e Discussão

Foram examinados 150 idosos, cuja idade variou de 60 a 91 anos, média de $69,4 \pm 7,2$ anos. Em relação ao estado civil, 66 (44,0%) eram viúvos, 43 (28,7%) casados, 24 (16,0%) divorciados e 17 (11,3%) solteiros.

Dentre os idosos, 116 (77,3%) eram mulheres e 34 (22,7%) homens. A maioria [103 (68,7%)] só estudou até o 1º grau incompleto. Quanto à renda, 111 (74,0%) recebiam um salário mínimo equivalente a R\$465,00 (quatrocentos e sessenta e cinco reais) no momento da pesquisa, apenas 20 (13,3%) tinham renda de dois a cinco salários, sendo que 99 (66,0%) estavam aposentados.

Sobre a saúde geral, 47 idosos (31,3%) consideraram sua saúde excelente, 81(54.0%) razoável e 22(14,7%) ruim. Ao comparar sua saúde no último ano, 47(31,3%) estavam melhor, 77(51,4%) permanecia igual e 26 (17,3) pior. Relativamente à depressão, pelos resultados da EDG, 47(31,3%) idosos apresentaram sintomas de depressão leve e três (2.0%) sintomas de depressão grave.

Na Tabela 1 apresentam-se as principais doenças autorreferidas pelos idosos, destacando-se como maior percentual problema de visão e nenhum idoso relatou depressão.

Tabela 1. Distribuição de frequência de doenças auto-referidas na amostra. CRAS – Fortaleza – CE, 2009.

Doenças auto-referidas	n	%
Problemas de visão	126	84,0
Hipertensão	44	29,3
Problemas de audição	44	29,3
Osteoporose	32	21,0
Diabetes <i>Mellitus</i>	27	18,0
Doenças cardiovasculares	21	14,0
Reumatismo	21	14,0
Colesterol	16	10,6
Problemas na fala	7	4,7
Hanseníase	2	1,3

seca como maior desconforto bucal dos

Quanto à medicação, 104 (69,3%) idosos fazem uso e, destes, 66 (44%) relataram ter comedicação. Sobre fumo e álcool, 16 (10,7%) eram fumantes e 13 (8,7%) faziam uso de bebida alcoólica. Dentre os idosos 111 (74.0%) usa prótese dentária, 135 (90,0%) possui escova de dente, 136 (90,7%) utiliza dentifrício e 30 (20,0%) fizeram visita ao dentista no último ano.

Pela tabela 2, visualiza-se o sintoma de boca

idosos pesquisados.

Tabela 2. Distribuição do número de idosos, segundo desconforto bucal. CRAS – Fortaleza – CE, 2009

Variáveis	n
%	
Sente boca seca	57 38,0
Dificuldade para mastigar e engolir os alimentos	32 21,3
Tem problemas com o gosto dos alimentos	19 12,7
Sensação de queimação na boca	12 8,0
Sente dor na boca sem razão aparente	16 10,6
Inchaço na boca que dificulta o uso da dentadura	19 12,7

Verifica - se na Tabela 3 que, na análise bivariada encontraram-se fatores de risco para depressão. Pela análise da regressão logística, permaneceram como fatores de risco para sintomas de depressão as variáveis tabagismo (p=0,006), boca seca (p=0,0001), sensação de queimação (p=0,0001), inchaço na boca (p=0,005), saúde geral razoável/ruim (p=0,005), problemas de audição (p=0,016).

Tabela 3. Distribuição do número de idosos, segundo depressão e fatores de risco, CRAS – Fortaleza – CE, 2009

Variável	Depressão		Valor p	
	Com	Sem	RC	
	n	%	n	%
				IC _{95%}

Percebe a Saúde geral					0,081
Razoável/Ruim	39	37,9	64	62,1	RC=1,9
Excelente	11	23,4	36	76,6	IC _{95%} :0,9-4,4
Saúde no último ano					0,171
Igual/Pior	38	36,9	65	63,1	RC=1,7
Melhor	12	25,5	35	74,5	IC _{95%} :0,8-3,6
Osteoporose					0,007*
Sim	17	53,1	15	46,9	RC=2,9
Não	33	28,0	85	72,0	IC _{95%} :1,3-6,5
Tabagismo					0,040*
Sim	9	56,3	7	43,8	RC=2,9
Não	41	30,6	93	69,4	IC _{95%} :1,0-8,3
Sente a boca seca					0,001*
Sim	31	54,4	26	45,6	RC=4,6
Não	19	20,4	74	79,6	IC _{95%} :2,2-9,5
Queimação na boca					0,055
Sim	7	58,3	5	41,7	RC=3,0
Não	43	31,2	95	68,8	IC _{95%} :0,9-10,3
Dor na boca sem razão aparente					0,009*
	10	62,5	6	37,5	RC=3,9
Sim	40	29,9	94	70,1	IC _{95%} :1,3-11,5
Não					
Inchaço na boca					0,001*
Sim	13	68,4	6	31,6	RC=5,5
Não	37	28,2	94	71,8	IC _{95%} :1,9-15,5
Utiliza prótese					0,048
Sim	32	28,8	79	71,2	RC=0,5
Não	18	46,2	21	53,8	IC _{95%} :0,2-1,0
Problema de audição					0,016
Sim	21	47,7	23	52,3	RC=2,4
Não	29	27,4	77	72.6	IC _{95%} :1,1-5,0

A caracterização dos entrevistados evidenciou idosos com média de idade mais avançada, fato que se relaciona com a de Zaitune et al.(2006), em que seus pesquisados apresentaram média semelhante de 69,8 anos. Os idosos, na sua maioria, pertenciam ao sexo feminino - dados corroborados por estudos que focalizaram 72,2% e 68% pertencentes a esse sexo (PÁVOA et al, 2009; FERRARE e DELACORTE, 2007). A feminilização da velhice no Brasil é apontada no último censo, quando focaliza 11.434.487 de mulheres para 9.156.112 homens, sendo mais marcantes para as pessoas centenárias, das quais 16.989 são mulheres e apenas 7.247 homens (IBGE, 2010).

A tabela 1 mostra que, das doenças sistêmicas autorreferidas, problemas de visão foram os mais citados, seguidos da hipertensão, audição, osteoporose e diabetes, dentre outros, confirmando pelo estudo SABE (BENEDITTI e MAZO, 2005) o perfil epidemiológico da amostra estudada.

Com relação às doenças crônicas, observou-se que a osteoporose se relacionou aos sintomas da depressão ($p=0,007$) assim como a perda auditiva ($p=0,016$). A pesquisa de Lebrão e Laurenti (2005) aponta maior prevalência de depressão em idosos com doenças crônicas, tendo a depressão como doença de maior impacto entre os custos de saúde em pacientes idosos, e prevê que, em 2020, ela será a principal causa de gastos públicos nessa população. No estudo de Teixeira et al, (2010), realizado com pessoas idosas detectou forte associação entre a perda auditiva e os sinais de depressão e tendência a existir associação entre o grau de perda e a gravidade dos sinais de depressão.

Importante focalizar que nesta pesquisa, ao questionar sobre a situação de saúde/doença, nenhum idoso relatou sintoma de depressão. Entretanto, pelos resultados da EDG, 50(33,3%) dos idosos apresentaram sintomas de depressão leve e/ou grave, condição similar encontrada em um estudo no qual foi detectado que 20% de seus pesquisados tinham traços de depressão, dado estatisticamente significativo quando associado com o geriatric oral health assessment index – GOHAI

Quanto à percepção da saúde geral, os achados mostram que, naturalmente, o grupo que avaliou sua saúde como excelente apresentou menos sintomas de depressão, enquanto houve aumento desta condição nos que analisaram seu estado de saúde como razoável e ruim. Destes, 37,9% foi considerado depressivo como visualizado na tabela 3. Nos estudos de Lebrão et al.(2005), ficou constatado que 53,8% dos idosos consideraram sua saúde má e regular, podendo sugerir maior empenho, nas pesquisas, para detectar sua relação com os sintomas depressivos.

Constatou-se associação entre depressão e tabagismo ($p=0,040$), fato que explica 56,3% dos fumantes terem características depressivas (tabela 3). Outros achados mostraram associação entre a dependência ao tabaco e diversas formas de transtornos de ansiedade e depressão estabelecidas (GAZELLE et al, 2005; LAGRUE, DEPONT e FAKHFAKH, 2002).

Sobre desconforto bucal, o acúmulo de doenças auto-referidas, associado ao uso de medicamento justifica os achados com significância estatística entre depressão e boca seca, sensação de queimação na boca, dor bucal sem razão aparente e inchaço na boca.

Os idosos, nesta pesquisa, apresentaram comorbidades e a maioria (69,3%) usava medicação, dado corroborado por pesquisa na qual, de 307 idosos, 85% usavam medicamento (SALES, PARANHOS e LUNARDI, 2006). Embora seja evidente maior acúmulo de enfermidades e de medicação na população idosa, a associação destes fatos pode interferir na operacionalização do fluxo salivar, modificando o efeito da saliva na manutenção do meio bucal saudável, que protege os tecidos bucais. Quando o efeito lubrificante da saliva é alterado ou diminuído, seu empenho na manutenção da integridade das estruturas orais, como na mastigação, deglutição, digestão, fala e mesmo no controle das infecções orais, pode resultar em irritabilidade e desconforto (PEDERSEN et al, 2002).

O uso de prótese dentária, nesta população, compara-se aos dados do SBBrasil na região Nordeste, relativo ao edentulismo no País, especialmente entre idosos (BRASIL, 2004), contudo a associação entre uso de prótese e estado depressivo mostrou que somente a minoria dos pacientes edêntulos e reabilitados pela prótese relatou sintomas de depressão ($p=0,048$). Embora o uso de prótese dentária tenha se apresentado como fator de proteção no evento da depressão, possivelmente pela sua função reabilitadora, o elevado grau de edentulismo revela deficiência de políticas de saúde bucal destinada à população idosa, caracterizando falta de ações de promoção e prevenção em saúde bucal e geral.

No campo de cuidados com a saúde bucal, 90% dos idosos possuíam escova e usavam creme dental, mas somente 30 (20%) haviam feito pelo menos uma visita ao consultório dentário no último ano. No estudo de Matos, Giatti e Lima-Costa (2004), detectou-se dados similares em que apenas 13,2% dos idosos relataram visita ao dentista no último ano; 6,3% jamais foram ao dentista e 80,5% referiram visita há um ano ou mais, constatando desinformação sobre a importância da visita periódica ao dentista. Esta desinformação dificulta o diagnóstico de patologias e lesões outras, em tempo hábil e tratável. Portanto, é importante investir em projetos promovendo Educação em Saúde bucal, abordando mudanças de comportamento que resultem em condições saudáveis. Por exemplo, de acordo com o Ministério da Saúde (2004) higiene bucal por meios mecânicos como a escovação, além de dieta saudável e restrição ao tabagismo, entre outros aspectos, para toda população, é fundamental como prevenção e no futuro os idosos apresentarem-se com saúde bucal saudável, como preconizado pelo programa Brasil Sorridente.

Não obstante os casos depressivos identificados tenham sido representados como depressão leve, sua prevalência no Brasil, constitui problema de saúde pública. Estudo focaliza o fato de que a depressão em idosos acima de 65 anos aumentou de 7% para 36% e, entre outras questões relevantes, os deprimidos têm sentimentos de tristeza, solidão, irritabilidade, inutilidade, desesperança, agitação e culpa, podendo ser seguidos por sintomas físicos, requerendo cuidados preventivos e muitas vezes especializados (SHARP e LIPSKY, 2002).

O impacto psicológico das doenças bucais reduz a qualidade de vida, fato reforçado por relato de idosos, como a falta de esperança e resignação frente às limitações impostas pelo precário estado clínico odontológico, embora muitos dos idosos ainda encarassem as limitações como consequência do envelhecimento e não como problema que mereça ser corrigido (WHO, 2003; HAIKAL et al, 2011). Esta acomodação pode ser responsável pela elevada prevalência de transtorno de ansiedade entre idosos, estando relacionada à menor satisfação com a vida e com os piores padrões de qualidade de vida (XAVIER et al, 2001)..

A pesquisa de Nery et al (2004) detectou 54,4% de grau moderado de ansiedade e grau discreto de depressão ao avaliar ansiedade e depressão em pacientes com a síndrome da ardência bucal. Assim, a saúde oral comprometida pode influenciar negativamente na qualidade de vida da pessoa idosa em aspectos nutricional, bem-estar físico e mental, bem assim a limitação da satisfação nas relações sociais.

Ressalta-se como limitação do estudo o fato das entrevistas terem sido realizadas em centros de convivência, dado que caracteriza amostra por conveniência, assinalando propriedade de disposição e percepção dos frequentadores, o que pode potencializar *bias* sem, contudo, invalidar os procedimentos e suas aplicações.

Ainda que os resultados deste estudo não possam ser estendidos ao restante da população, sugere-se que estes eventos devam ser mais explorados em pesquisas e considerados pelos profissionais de saúde, adotando maior atuação interdisciplinar na atenção a saúde da pessoa idosa.

Conclusão

A associação observada entre problemas depressivos e desconforto bucal, tais como, boca seca, queimação, inchaço, dor bucal sem razão aparente, constitui fato importante para considerar que a manutenção da saúde bucal é influenciada pela condição de saúde sistêmica dos idosos.

Referências

ALVES, N.C.; GONÇALVES, H.H.S.B. Avaliação das causas da perda dentária, dificuldades e expectativa dos pacientes em relação à prótese total. **J Bras Clín Odontol Integ**; v.37, n.7, p.50-54, 2003.

BOAS PJF, FERREIRA AL. Infecção em idosos internados em instituição de longa permanência. **Rev. Ass Med Bras**; v. 53, n.2, p.126-129, 2007.

BORGES, L.J; BENEDETTI, T.R.B; MAZO, G.Z. Rastreamento cognitivo e sintomas depressivos em idosos iniciantes em programa de exercício físico. **J. Bras. Psiq**; v.56, n.4, p.273-279, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003 – Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 - Resultados principais. Brasília: Coordenação Nacional de Saúde Bucal; 2004.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome: Departamento de Proteção Social Básica do MDS. Brasília, 2004.

CHELONI, C. F. P., PINHEIRO, F. L. S., FILHO, M. C., MEDEIROS, A. L. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados no município de Mossoró/RN segundo escala de depressão geriátrica (Yesavage). **Expressão**, Mossoró, v.34, n. 1-2; p. 61-73; jan.-dez,2003.
SILVA, A.L.; SAINTRAIN, M.V.L. Interferência do Perfil Epidemiológico do Idoso na Atenção Odontológica. **Rev Bras Epidemiol**; v.9, n.2, p.167-75, 2005.

ESMERIZ, C.E.C; MENECHIM, M.C; AMBROSANO, G.M.B. Self-perception of oral health in non-institutionalised elderly of Piracicaba city, Brazil. **[online] Gerodontology** 2011; doi: 10.1111/j.1741-2358.2011.00464.x . Accessed on 12/21/2011.

FERRARI JF, DALACORTE RR. Uso da escala de depressão geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. **Sci Med**; v. 17, n.1, p, 3-8, 2007.

GAZALLEA, F.K; LIMAB, M.S; TAVARES, B.F; HALLALB, P.C. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**; v.38, n.3, p. 365-371, 2004.

HAIKAL, DS, BATISTA DE PAULA AM, MARTINS AMEBL, MOREIRA AN, FERREIRA E FERREIRA E. Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. **Ciênc. Saúde Coletiva**; v.16, n.7, p.3317-3329, 2011.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Sinópse do Censo Demográfico 2010. Ministério do Planejamento e gestão, Brasil. Disponível em: C:\Documents and Settings\Administrador\Desktop\IBGE Censo 2010. mht. Acess em 06.10.2011

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciênc Saúde Coletiva**. v. 13, n. 4, p. 1107-1111, 2008.

LAGRUE G, DUPONT P, FAKHFAKH R. Anxiety and depressive disorders in tobacco dependence. **Encephale France**; v.28, n.4,p. 374-377, 2002.

LEBRÃO, M.L; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Rev Bras Epidemiol**; v.2, n.8, p. 127-141, 2005.

MATOS, D.L; GIATTI, L; LIMA-COSTA, M.F. Fatores sócio-demográficos associados ao uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad Saúde Pública**; v.20, n.5, p.1290-1297, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília. Coordenação Nacional de Saúde Bucal; 2004.

NERY FS, LAURIA RA, SARMENTO VA, OLIVEIRA MGA. Avaliação da ansiedade e depressão em pacientes da terceira idade e sua relação com a Síndrome da Ardência Bucal. **Rev Ciênc Méd Biol**; v.3, n.1, p.20-9, 2004.

PEDERSEN, A.M; BARDOW, A; JENSEN, S.B; NAUNTOFTE, B. Saliva and gastrointestinal functions of taste, mastication, swallowing and digestion. **Oral Dis**; v.8, n.3, p.117-129, 2002.

PETERSON, P.E.; YAMAMOTO, T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral health Programme. **Community Dent oral Epidemiol**; v. 33, n.2, p.81-92, 2005.

PÓVOA, T.R; AMARAL, A.E; CÁRDENAS, C.J; VIANA, L.G; TAVARES, A.B; MACHADO, F.V. Prevalência de depressão nos idosos institucionalizados na morada do idoso do instituto de Gerontologia de Brasília. **Brasília Méd**; v.46, n.3, p. 241-246, 2009

SAINTRAIN, M.V.L.; VIEIRA, L.J.E.S. Saúde bucal do idoso: abordagem interdisciplinar. **Ciênc Saúde Coletiva**; v.13, n.4, p.1127-1132, 2008.

SALLES AES, PARANHOS HFO, LUNARDI LO. Estudo populacional relacionado à saúde geral e uso de medicamentos em idosos não institucionalizados e desdentados totais. **Rev Odontol Araçatuba**; v.26, n.2, p.14-20, 2006.

SHARP LK, LIPSKY MS. Screening for depression across the lifespan: a review of measures for use in primary care settings. **Am Fam Phys**; v. 66, n.6, p.1001-1008, 2002.

SOARES, S. Doenças crônicas e risco para depressão em idosos. **J Res Pesq Méd**; v.2, n.4, p. 4-7, 2009.

STELLA F, GOBBI S, CORAZZA DI, COSTA JLR. Depressão no Idoso: Diagnóstico, tratamento e Benefícios da Atividade Física. **Motriz**; v.8, n.3, p. 91 – 98, 2002.

TEIXEIRA AR, GONÇALVES AK, FREITAS CLR, SOLDERA CLC, BÓS AJG, SANTOS AMPV, et al. Association between Hearing Loss and Depressive Symptoms in Elderly. **Arq. Int Otorrinolaringol**; v.14, n.4, p 444-449, 2010.

VARGAS, A.M.D.; PAIXÃO, H.H. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de saúde Boa Vista em Belo Horizonte. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.10, n.4, p.1015-1024, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The World Oral Health Report 2003**. Continuous improvement of oral health in the 21st century: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Geneve: WHO, 2003.

XAVIER, M.F; FERRAZ, M.T; TRENTI, C.M; ARGIMON, I; BETOLLUCCI, P.H; POYARES, D, MORIGUCHI, E.H. Transtorno da ansiedade generalizada em idosos com oitenta anos ou mais. **Rev Saúde Pública**; v.35, n.3, p.294-302, 2001.

ZAITUNE, M.P.A.; BARROS, M.B.A.; CÉSAR, C.L.G.; CARANDINA, L; GOLDBAUM, M. Hipertensão arterial em idoso: prevalência, fatores associados e prática de controle no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**; v.2, n.22, p.285-294, 2006.

Agradecimentos

À Funcap e Capes/Prosup pelo apoio financeiro e científico fornecido a mestranda LCPC, e aos idosos participantes, pela atenção e colaboração.

SINTOMAS DEPRESSIVOS EM PACIENTES DIABÉTICOS: APLICAÇÃO DO INVENTÁRIO DE BECK

Daisy Maria Silva (apresentador) – Universidade Federal do Ceará/ daisy_nha691@hotmail.com

Luana Fernandes Marques – Faculdade Católica Rainha do Sertão

Liene Ribeiro de Lima – Faculdade Católica Rainha do Sertão

Huana Carolina Candido Moraes - Faculdade Católica Rainha do Sertão

Zuila Maria de Figueiredo Carvalho – Universidade Federal do Ceará

Samia Jardelle Costa de Freitas Maniva (Orientador) – Universidade Federal do Ceará/Faculdade Católica Rainha do Sertão

Palavras-chave:*Diabetes. Depressão. Enfermagem.*

.

Resumo

A ocorrência de depressão em pacientes com diabetes mellitus (DM) merece atenção por parte dos profissionais de saúde, dentre eles o enfermeiro. Pois, é uma condição crônica complexa e que impõe aos pacientes diversas alterações na vida cotidiana, podendo ocasionar prejuízos emocionais. Objetivou-se identificar as alterações depressivas em pacientes diabéticos por meio do Inventário de Beck. Tratou-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados em duas unidades básicas de saúde da cidade de Quixadá-CE, no período de março a abril de 2014. Participaram 53 pacientes com DM cadastrados nestas unidades. Foram respeitados os aspectos éticos da resolução 466/12. Dentre os 53 pacientes avaliados, 35 apresentaram algum grau de sintoma depressivo. 49,06% foram enquadrados na categoria de depressão leve a moderada. Os principais sintomas depressivos identificados foram: tristeza, insatisfação, irritabilidade, distúrbio do sono, fadigabilidade, perda do apetite, perda da libido. Conclui-se que os pacientes estão expostos a alterações depressivas, e que estas necessitam ser identificadas e conduzidas adequadamente pelos profissionais que atuam na atenção primária. O estudo apresenta limitações, principalmente em decorrência do tamanho da amostra. Assim, nossos estudos são necessários para a problemática.

Introdução

Diabetes Mellitus (DM) refere-se a uma desordem metabólica causada por defeitos na secreção e/ou ação da insulina devido à destruição das células beta do pâncreas ou distúrbios da secreção da insulina, resultando em hiperglicemia (BRASIL, 2013). Atualmente, assim como outras doenças crônicas não transmissíveis, o DM configura-se como uma epidemia mundial, tornando-se um grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. No Brasil, cerca de 12 milhões de pessoas são portadoras da doença, sendo que 90% correspondem ao tipo II da doença (SBD, 2012).

A doença representa um considerável encargo econômico tanto para o portador como para sociedade, principalmente quando não controlada, levando em conta que a maior parte dos custos diretos de seu tratamento está relacionada com as complicações, que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e sobrevida dos indivíduos que muitas vezes podem ser reduzidas, retardadas ou evitadas. (MCLELLAN, 2007).

Embora não seja uma complicação listada nos manuais e diretrizes específicas para DM, o comprometimento emocional dos pacientes merece atenção especial. Gonçalves e Câmara (2009) destacaram que o choque emocional acarretado pela doença está ligado principalmente a falta de preparo dos pacientes para conviver com as limitações decorrentes da doença crônica. Referido comprometimento pode evoluir para casos de depressão, que acontecem devido às mudanças que se fazem necessárias nos hábitos de vida para o alcance do controle da doença e em consequência das complicações associadas ao avanço da enfermidade, principalmente nos casos em que é evidenciado o controle irregular da glicemia plasmática (CHAVES *et al.*, 2009).

O impacto gerado pela doença na qualidade de vida dos pacientes pode favorecer ao risco de depressão. Além disso, os pacientes com descontrole emocional podem apresentar maior índice de irregularidade no uso dos medicamentos, no controle alimentar e não aderir ao tratamento, levando ao descontrole metabólico, que piora o quadro mental, ocasionando um ciclo de descontrole cada vez mais agravado (GONSALVES; CAMARA 2009). Paci *et al.* (2006) evidenciaram que pacientes diabéticos deprimidos apresentam mais sintomas do que os não deprimidos, mesmo com a doença controlada, concluindo, portanto, que a presença de depressão aumenta a percepção dos sintomas do diabetes.

Nessa abordagem, por se tratar de um aspecto muito subjetivo, é necessário haver instrumentos específicos. Como exemplo, pode-se citar o Inventário para Depressão de Beck (IDB), sendo um dos instrumentos mais utilizados para medir a severidade dos episódios depressivos. Foi criado há mais 50 anos na Universidade da Pensilvânia por Anna Beck, traduzido e validado para o Brasil por Gorestein e Andrade (1998). Possui 21 itens que demonstram manifestações afetivas, cognitivas e somáticas da depressão (MALUF, 2002).

Assim, o estudo objetiva identificar as alterações depressivas em pacientes portadores de DM por meio do Inventário para Depressão de Beck.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados em duas das seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas na zona urbana de Quixadá-CE. As UBS foram escolhidas por possuíam o maior número de pacientes com DM cadastrados.

Participaram do estudo 53 pacientes. Os critérios de inclusão utilizados foram: ser portador de DM tipo 1 ou 2, de ambos os sexos, com idades entre 18 e 60 anos. Os critérios de exclusão foram: possuir alguma limitação cognitiva ou comunicativa, que inviabilizasse o preenchimento do formulário de coleta de dados, desistir de participar da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu nos meses de março e abril de 2014. Os pacientes foram abordados na fila de espera para a consulta médica ou de enfermagem. Utilizou-se um formulário composto por dados sociodemográficos e clínicos e pelo IDB. O inventário é composto por 21 itens de sintomas e atitudes, são elas: humor, pessimismo, sentimento de fracasso, insatisfação, sentimento de culpa, sentimento de punição, autodepreciação, autoacusação, desejo de autopunição, crises de choro, irritabilidade, isolamento social, indecisão, inibição no trabalho, distúrbios do sono, fadigabilidade, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e perda da libido (GORESTEIN; ANDRADE, 1998)

Para a avaliação dos sintomas depressivos com base no IDB foram consideradas as seguintes classificações: Indivíduos que somaram no inventário entre zero e nove foram classificados como não deprimidos; entre dez e dezoito como depressão leve a moderada; entre 19 e 29, depressão moderada a severa; e entre 30 e 63 depressão severa. Valores maiores indicarão maior severidade dos sintomas depressivos (GORESTEIN; ANDRADE, 1998).

Os dados coletados foram organizados inseridos em um banco de dados no programa Excel e analisados com auxílio do programa EpiInfo versão 7.0. Sendo utilizada estatística descritiva para as variáveis nominais e numéricas. A apresentação dos achados ocorreu por meio de tabelas, quadros e gráficos.

Foram respeitados os aspectos éticos da resolução 466/12 que trata de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com o nº 577.128.

Resultados e Discussão

Amostra foi constituída por 81% de mulheres. A média de idade foi de 56 anos (desvio padrão: $\pm 5,57$ anos). O grupo foi constituído por 47,17% de casados, 11,32% em união estável, 20,75% de viúvos, 13,21% de divorciados e 7,55% de solteiros. Em relação às atividades laborais, 81,20% não exerciam atividade remunerada, por serem aposentados ou estarem desempregados. A renda familiar em 62,30% dos pacientes foi de um salário mínimo. No grupo, 43,30% possuíam de um a três dependentes financeiros e 37,70% mais de três dependentes. O grau de escolaridade foi menor que sete anos de estudo em 62% dos participantes.

Quanto à identificação de sintomas depressivos, 49,06% manifestou depressão leve a moderada e 16,98% depressão moderada a grave, segundo a pontuação obtida no IDB. Com relação aos domínios de sintomas depressivos pontuados pelo IDB, destacaram-se no grupo: humor (54,72%), insatisfação (58,49%), irritabilidade (58,49%), distúrbios do sono (62,26%), fadigabilidade (79,25%), perda de apetite (54,72%), perda da libido (75,47%).

Relacionado aos sintomas depressivos, um estudo realizado por Salomé (2011) constatou que dos 50 pacientes avaliados, 41 apresentavam algum grau de sintoma depressivo, sendo que 32 (64%) com depressão moderada, apresentando sintomas de autodepreciação, tristeza, distorção da imagem corporal e diminuição da libido; corroborando com o presente estudo, pois dos 53 pacientes avaliados, cerca 35 pessoas apresentaram algum grau de sintomas depressivos, sendo que 49,06% com depressão leve a moderada, divergindo apenas nos sintomas mais evidentes que foram alteração de humor, irritabilidade, distúrbios do sono, fadigabilidade, perda de apetite, perda da libido.

Outro estudo sobre sintomas depressivos e suas características em pacientes submetidos à hemodiálise onde, apontou a prevalência de depressão em 44,8%, dos participantes. Pacientes que obtiveram escores menores que 16 pontos no inventário de Beck apresentaram escore médio de $7,23 \pm 3,5$, já aqueles que pontuaram mais de 16 pontos apresentaram escores médios de $26,43 \pm 9,35$ ($p < 0,001$). Nos indivíduos com escore maior que 16 observou-se que os itens como dificuldade pra dormir, cansaço, incapacidade de tomar decisões, insatisfação, diminuição da libido e preocupação com a saúde foram os que mais contribuíram para o escore final. Já em pacientes que obtiveram escores com IDB acima de 16, apresentaram uma maior média nos seguintes itens diminuição da libido, perda de peso, cansaço, dificuldade para dormir, dificuldade com o trabalho, e preocupação com a saúde (FINGER, 2011).

No presente estudo, as alterações depressivas identificadas (humor, insatisfação, irritabilidade, distúrbios do sono, fadigabilidade, perda de apetite e perda da libido) devem ser considerada pelo enfermeiro na sua prática clínica, pois acarretam prejuízo na qualidade de vidas dessas pessoas.

Estudos realizados com portadores de diabetes revelam a predisposição desse público para desenvolver depressão. Diante desses achados, é de suma importância que o profissional enfermeiro realize o cuidado holístico ao portador de DM, abordando outros aspectos envolvidos no processo de adoecimento por DM como aspectos emocionais e psíquicos. Geralmente, observa-se o cuidado fragmentado a essa clientela, centralizado, muitas vezes, em orientações verticalizadas quanto ao uso correto das medicações, da prática de atividade física e da alimentação saudável. Esquece-se de promover o cuidado para atingir o equilíbrio entre o bem-estar físico e psíquico desses pacientes.

Conclusão

No grupo estudado, os portadores de DM eram do sexo feminino, com baixa escolaridade, casados, sem atividade remunerada e com baixa renda familiar. As principais alterações depressivas identificadas foram: Humor, insatisfação, irritabilidade, distúrbios do sono, fadigabilidade, perda de apetite, perda da libido. Portanto, apresentações vulneráveis a desenvolver sintomas depressivos.

Em decorrência da amostra reduzida, os achados não podem ser generalizados. Salienta-se a necessidade de outros estudos acerca da temática, para que se reforce a necessidade de atenção especial dos enfermeiros para tal aspecto.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** diabetes mellitus. – Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf> Acesso em: 15 de outubro de 2013.

BRASIL. **Ministério da Saúde:** Conselho Nacional de Saúde; Conselho Nacional de ética em pesquisa. Versão 2013.

CHAVES, C.E. *et al.* A relação entre a polifarmácia, complicações crônicas e depressão em portadores de diabetes tipo 2. **Revista Escola Pública de Enfermagem**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 40-46, Fev. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a06v44n1.pdf>>. Acesso em: 15 de outubro de 2013.

FINGER, G. *et al.* Sintomas depressivos em pacientes diabéticos submetidos a hemodiálise. **Revista de Amrigs**, Porto Alegre, v.55, n.4, p.333-338. out/dez, 2011. Disponível em: <[http://www.amrigs.com.br/revista/5504/0000072184miolo AMRIGS4 art original sintomas depressivos.pdf](http://www.amrigs.com.br/revista/5504/0000072184miolo%20AMRIGS4%20art%20original%20sintomas%20depressivos.pdf)>. Acesso em: 05 de maio de 2014.

GONÇALVES, M.; CÂMARA, F.P. Avaliação dos fatores de risco de sintomas depressivos em população de diabéticos da rede pública municipal de saúde de Taubaté (SP). **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.33, n.2, p. 28-37, abr./jun. 2009. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/203/pdf_18> Acesso em: 31 de outubro 2013.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Rev Psiq Clín.** n.25, v.5, p.245-250, 1998.

MALUF, G.P.T. **Avaliação dos sintomas de depressão e ansiedade em uma amostra de familiares de usuários de drogas que frequentam grupos de orientação familiar em um serviço assistencial para dependentes químicos.** São Paulo, 2002, 59f. Tese, (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de São Paulo.

MCLELLAN, K.C.P. *et al.* Diabetes mellitus do tipo 2, síndrome metabólica e modificação no estilo de vida. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.20, n.5, out. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732007000500007&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 14 de outubro de 2013.

PACI, A.E. *et al.* O conhecimento do diabetes mellitus no processo de autocuidar . **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n.5, set./out., 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5a14.pdf>. Acesso em: 15 de outubro de 2013.

SALOMÉ, G.M. *et al.* Avaliação dos sintomas depressivos, em pessoas com diabetes mellitus e pé ulcerado. **Revista do Colégio brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v.38, n.5, Set/Out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912011000500008>. Acesso em: 07 de maio de 2014

Sociedade Brasileira de Diabetes. (2012). **Valores de glicemia para o diagnóstico de diabetes.** Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/exames/525>>. Acesso em: 20 de agosto de 2013.

SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES

Lia Lima Gurgel – Universidade de Fortaleza (liazinha_lg@hotmail.com)

Natália Carvalho Pinheiro – Universidade de Fortaleza

Rafaela Brito Ribeiro – Universidade de Fortaleza

Camila Santos do Couto – Universidade de Fortaleza

Maria Nágela C. Bandeira – Universidade de Fortaleza

Palavras-chave: Avaliação em enfermagem. Assistência de enfermagem. Dimensionamento. Pacientes/classificação.

Resumo

O Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) é definido como um sistema que permite a identificação e classificação de pacientes em grupos de cuidados, ou categorias. O estudo objetivou aplicar o instrumento de classificação do paciente buscando, principalmente, conhecer o paciente podendo facilitar o gerenciamento. A pesquisa trata-se de um estudo de caso realizado em um hospital de atenção secundária em Fortaleza-CE, no qual foram analisados 10 leitos de uma enfermaria no período de maio de 2014. Foi aplicado o instrumento de SCP, no qual há 13 indicadores para assim avaliar os cuidados necessários para cada um dos pacientes. A maioria dos pacientes avaliados exigiu cuidados mínimos, somando de 17 a 21 pontos e apenas um somou 38, exigindo atenção intermediária. Conclui-se que o objetivo do trabalho foi alcançado, visto que no decorrer foi possível observar os clientes e classificá-los de acordo com o tipo de complexidade

Introdução

O Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) é definido como um sistema que permite a identificação e classificação de pacientes em grupos de cuidados, ou categorias, e a quantificação dessas categorias como medida dos esforços de enfermagem requeridos (FUGULIN; GAIDZINSKI; KURCGANT P, 2005). Os instrumentos para classificar são utilizados para categorizar pacientes de acordo com a

quantidade de cuidado de enfermagem requerida, ou seja, baseado no grau de complexidade da assistência de enfermagem (PERROCA, 2004).

Este sistema aborda diferentes critérios de avaliação que vão desde o uso de indicadores com base nas necessidades humanas básicas, dependência em relação à assistência ou tipo de atendimento realizado. Portanto, utilizando um método que melhor se adapte e traduza a realidade de cada instituição, a classificação possibilita a identificação do paciente em relação ao nível de dependência da equipe de enfermagem (GIL et al, 2011)

A SPC é também utilizada como uma das ferramentas para a gestão de pessoal, utilizada para categorizar pacientes de acordo com a quantidade de cuidado de enfermagem requerida, ou seja, baseado no grau de complicação de assistência de enfermagem (PERROCA; GAIDIZINSKI, 2004). O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) estabelece parâmetros para o dimensionamento de pessoal de enfermagem nas instituições de saúde, com base na aplicação de um Sistema de Classificação de Pacientes, como critério para se estabelecer o perfil de cada paciente internado nas unidades hospitalares, as horas mínimas de assistência e a distribuição dos profissionais para cada tipo de cuidado (COFEN, 2004).

O dimensionamento de pessoal de enfermagem tem sido foco de atenção das instituições de saúde por intervir, diretamente, na eficácia, na qualidade e no custo da assistência. A temática também é motivo de conflitos, pois, se por um lado há a necessidade crescente de aumentar a oferta de serviços de saúde, por outro, existe a racionalização de custos gerada pela falta de recursos financeiros na área (GIL et al, 2011). No entanto, os dados obtidos no processo de classificação não são utilizados apenas para subsidiar o dimensionamento de recursos humanos, mas também na organização e melhoria da qualidade do serviço de enfermagem, distribuição de atividades entre os membros da equipe, alocação de recursos materiais, planejamento de planta física do serviço e determinação dos custos da assistência (MARTINS; FORCELLA, 2006).

O trabalho é objetivou aplicar o instrumento de classificação do paciente buscando, principalmente, conhecer o paciente, assim como avaliar a complexidade da assistência e procurar otimizar a estadia até o momento da alta.

Metodologia

O presente estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso, que segundo Yin (2005) é um instrumento que visa contribuir com a noção que se tem dos fenômenos envolvidos no problema, colaborando, assim, para o conhecimento dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupo, e outros fenômenos relacionados.

O estudo foi realizado em um hospital secundário de Fortaleza, Ceará, onde foram analisados homens e mulheres que estavam nas enfermarias, ocupando dos leitos 22 ao 31, no período de maio de 2014. Os dados foram coletados através da observação dos pacientes, assim como eram feitas perguntas a eles ou aos acompanhantes, quando necessário e, também, pela busca das informações no prontuário, quando relevante.

Utilizamos, ainda, para análise dos dados a taxonomia da Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA), onde os diagnósticos de enfermagem foram elaborados a partir dela. Em seguida, construímos um plano de cuidados com as intervenções cabíveis para o paciente, planos, estes, buscados no NIC/NOC.

Resultados e Discussão

Foram analisados 10 leitos, sendo 4 masculinos (22-25) e 5 femininos (26-31), onde utilizou-se o instrumento de classificação, a fim de avaliar os cuidados necessários para cada paciente. Os critérios são os seguintes: estado mental e nível de consciência, oxigenação, sinais vitais, nutrição e hidratação, motilidade, locomoção, cuidado corporal, eliminação, terapêutica, educação à saúde, comportamento, comunicação, integridade cutaneomucosa.

A seguinte tabela foi preenchida com as informações dos pacientes para determinar o tipo de cuidado que precisam se é mínimo (13-26), intermediário (27-39), semi-intensivo (40-52) ou intensivo (53-65).

Enfermaria masculina

Leitos	22	23	24	25
Estado Mental	1	1	1	1
Oxigenação	1	1	1	1
Sinais Vitais	1	2	1	2
Nutrição e Hidratação	1	1	4	1

Motilidade	2	1	1	1
Locomoção	3	3	1	1
Cuidado Corporal	3	1	2	1
Eliminações	1	1	1	2
Terapêutica	2	2	2	1
Educação à saúde	1	1	1	1
Comportamento	1	1	1	1
Comunicação	1	1	1	1
Integridade Cutâneo-mucosa	3	3	3	3
Total:	21	19	20	17

Enfermaria feminina

Leitos	27	28	29	31
Estado Mental	1	1	1	1
Oxigenação	1	1	1	1
Sinais Vitais	1	1	1	1
Nutrição e Hidratação	1	4	3	1
Motilidade	1	1	1	1
Locomoção	3	1	5	3
Cuidado Corporal	2	3	5	3
Eliminações	1	5	5	3
Terapêutica	1	2	2	2
Educação à saúde	1	1	4	1
Comportamento	1	2	4	1
Comunicação	1	1	4	1
Integridade Cutâneo-mucosa	3	1	4	1
Total:	18	20	38	20

Obs.: A paciente do leito 29 não se encontrava no leito. A paciente do leito 30 estava dormindo sem acompanhante

Dentre os 10 leitos observados, 8 estavam com pacientes presentes. Destes 8 pacientes, 7 precisavam de cuidados mínimos, tendo a soma da pontuação variando de 17 a 21, segundo a tabela, e apenas um de cuidados intermediários, já que a soma da pontuação deu igual a 38.

Os pacientes que precisam de cuidados mínimos são autossuficientes para quase tudo, na sua maioria, não exigindo grande atenção por parte da enfermagem. Alguns ainda possuem alguma dificuldade para locomoção, por causa da presença de drenos, sondas, curativos nos pés. São alguns dos diagnósticos para estes pacientes: conforto prejudicado relacionado à presença de drenos, sondas caracterizado pela incapacidade de relaxar, mobilidade física prejudicada relacionada a distúrbio musculoesquelético, risco de infecção relacionada a procedimentos invasivos.

Dentre os clientes apresentados, uma precisa de maior atenção por estar restrita ao leito e ser de atenção intermediária. Seguem alguns diagnósticos: integridade da pele prejudicada relacionada a fatores mecânicos, nutrição desequilibrada para menos do que as

necessidades corporais relacionada com a incapacidade de ingerir alimentos, constipação intestinal relacionada à alimentação inadequada (DOENGES, MOORHOUSE E MURR, 2013).

Com base nos diagnósticos pontuados foi estabelecido um plano de cuidados com as seguintes intervenções de enfermagem: Avaliar o foco do desconforto e promover ações para melhoria, como atividades para distração, Apoiar as partes do corpo ou as articulações afetadas utilizando travesseiros, rolos, suportes para os pés ou calçados, para reduzir o risco de desenvolver úlceras de pressão, Verificar se há sinais localizados de infecção nos locais de inserção dos cateteres invasivos, Avaliar a pele diariamente em busca de alterações, Identificar o risco de desnutrição e estimular a alimentação, Estimular o paciente a beber água e a se alimentar devidamente.

Conclusão

Conclui-se que o objetivo do trabalho foi alcançado, visto que no decorrer foi possível observar os pacientes e classificá-los de acordo com o tipo de cuidado.

Analisando os 13 indicadores, observa-se a importância de classificar o paciente, assim como também melhorar o planejamento e a implementação assistencial para com eles. É um instrumento importante que permite o enfermeiro avaliar as condições necessárias, colaborando para um dimensionamento adequado da equipe

Referências

Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN- 293/2004**. Fixa e estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados [Internet]. Rio de Janeiro (Brasil): COFEN, 2004.

DOENGES, M.E.; MOORHOUSE, M.F.; MURR, A.C. **Diagnósticos de Enfermagem**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. 932 p.

FUGULIN, F.M.T.; GAIDZINSKI, R.R.; KURCGANT, P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. **Rev. latino-am. enferm.**, v.13, n.1, p.72-78, 2005.

GIL, G.P. et al. Dimensionamento de pessoal de enfermagem e grau de dependência do paciente em um hospital universitário. **Rev. eletrônica enferm.**, Londrina, v.13, n. 3, p.456-463, 2011.

MARTINS, P.A.S.F.; FORCELLA, H.T. Sistema de classificação de pacientes na especialidade enfermagem psiquiátrica. **Actapaul. enferm.**, v.19, n.1, p.62-69, 2006.

PERROCA, M.G.; GAIDZINSKI, R.R. Análise da validade de constructo do instrumento de classificação da pacientes proposto por Perroca. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.12, n.1, p.83-91, 2004.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. Ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

Agradecimentos

Agradeço antes de tudo a Deus, pela minha vida e por me mostrar que está sempre ao meu lado. Ao meu irmão, Artur, por todo carinho e amor dedicado a mim. À minha professora Maria Nágela C. Bandeira, professora da disciplina de Administração em Enfermagem, pela Universidade de Fortaleza, por ter disponibilizado meios para a realização da pesquisa. À minha coorientadora, mestrand, Camila Santos do Couto pela paciência e dedicação em me ajudar. E também à todos que, de alguma maneira, contribuíram para a elaboração deste trabalho, especialmente à minha querida amiga Rafaela Brito Ribeiro, pelo incentivo, apoio e auxílio.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB): AVALIAÇÃO DE INDICADORES

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

Kelen Gomes Ribeiro- Universidade Federal do Ceará

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

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

Resumo

Objetivou-se avaliar os indicadores das áreas técnicas da Atenção Básica (AB). Foi realizado um estudo transversal e descritivo, com abordagem quantitativa, em 10 Centros de Saúde da Família (CSF) pertencente à Secretaria Executiva Regional VI, da cidade de Fortaleza. Os dados foram coletados através do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e as áreas técnicas avaliadas foram: saúde da criança, saúde da mulher, hipertensão arterial, diabetes mellitus, tuberculose e hanseníase. Os resultados apontaram que, mesmo diante de algumas limitações, o SIAB é um dos principais instrumentos de monitoramento e avaliação da AB. Porém, evidenciou-se que o SIAB pode estar sendo subutilizado.

Palavras-chave: Avaliação. Indicadores. Informação. Atenção Básica.

Introdução

A avaliação é parte fundamental no planejamento e na gestão do sistema de saúde. O monitoramento acompanha rotineiramente informações prioritárias sobre um programa e seus efeitos esperados, enquanto a avaliação é a coleta sistemática de dados sobre atividades, características e efeitos de programas, de forma a reduzir incertezas, melhorar a efetividade e tomar decisões. Desse modo, ao se investir em processos de monitoramento e avaliação, busca-se contribuir decisivamente com o objetivo de qualificar a atenção à saúde e melhorar o desempenho dos serviços (BRASIL, 2008).

Nesse contexto, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) é um instrumento de monitoramento e avaliação da atenção básica que atua no gerenciamento dos sistemas locais de saúde, adotando conceitos como território, problema e responsabilidade sanitária. Além disso, está completamente inserido no contexto de reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS) em nosso país (BAHIA, 2006).

Implantado em 1998, o SIAB é um instrumento gerencial que tem por finalidade descrever a realidade sócio-econômica do seu território de abrangência, sinalizar situações específicas de adoecimento e morte da população, avaliar a adequação dos serviços e práticas de saúde, além de contribuir para o monitoramento da situação em áreas geográficas definidas (BARBOSA e FORSTER, 2008).

Assim, o SIAB é a ferramenta que auxilia o monitoramento e a avaliação da atenção básica, possuindo um elenco de indicadores importantes que permitem a caracterização da situação sócio-sanitária, do perfil epidemiológico, da atenção aos grupos de risco e do acompanhamento das ações de saúde desenvolvidas em cada território (BITTER et al., 2009).

O sistema representa, então, uma fonte potencial de dados de grande valor para a realização do diagnóstico de saúde de determinada área de abrangência. Diante disto, o objetivo deste estudo foi avaliar os indicadores das áreas técnicas da Atenção Básica, da Secretaria Executiva Regional VI da cidade de Fortaleza, Ceará, utilizando os dados do SIAB.

Metodologia

Foi realizado um estudo do tipo transversal e descritivo, com abordagem quantitativa, no período de Janeiro a Junho de 2013, no qual foram avaliados os indicadores das áreas técnicas da Atenção Básica, da Secretaria Executiva Regional VI, da cidade de Fortaleza, Ceará, utilizando os dados do SIAB.

A amostra foi composta por Centros de Saúde da Família (CSF) que apresentaram todas as equipes de saúde da família completas (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde), totalizando 10 Centros de Saúde da Família, com 34 equipes completas nesse período.

Os dados foram coletados através da ferramenta Sistema de Informação da Atenção Básica. As áreas técnicas avaliadas foram: saúde da criança, saúde da mulher, hipertensão arterial, diabetes mellitus, tuberculose e hanseníase. Os resultados foram consolidados e apresentados por meio de tabelas. Foi utilizada a técnica de análise estatística descritiva, com base na exploração dos dados referentes às frequências absolutas e percentuais. Os aspectos éticos da beneficência, não maleficência, sigilo e anonimato foram respeitados. De acordo com a Resolução Nº 466/12 do Ministério da Saúde.

Resultados e Discussão

O peso ao nascer é considerado um dos mais importantes determinantes das chances de sobrevivência e da qualidade de vida das crianças. A ocorrência de baixo peso ao nascer expressa retardo do crescimento intra-uterino ou prematuridade, representando importante fator de risco para a morbimortalidade neonatal e infantil (BRASIL, 2005). Assim, o estado nutricional é um excelente indicador da saúde global da criança, pois permite o acompanhamento de seu crescimento e de seu ganho ponderal.

Verificou-se o nascimento de 652 crianças, sendo que 53 (8,13%) delas apresentaram baixo peso. De acordo com o Ministério da Saúde, aceita-se que valores em torno de 5 a 6% sejam encontrados em países desenvolvidos, e convenções internacionais estabelecem que esta proporção não deva ultrapassar 10% (BRASIL, 2005).

Tabela 1 – Distribuição das crianças residentes na Regional VI da cidade de Fortaleza-Ce, segundo as variáveis relacionadas a saúde da criança. SIAB, Janeiro a Junho de 2013.

VARIÁVEIS	N	%
Nascidos vivos cadastrados no SIAB		
Nascidos vivos com baixo peso	53	8,13
Nascidos vivos com peso adequado	599	91,87
Crianças < 2 anos com vacinação em dia e cadastradas no SIAB		
Sim	2.934	91,72
Não	265	8,28
Crianças < 2 anos desnutridas e cadastradas no SIAB		
Sim	26	0,81
Não	3173	99,19
Crianças < 2 anos acompanhadas por médico e/ou enfermeiro e cadastradas no SIAB (puericultura)		
Sim	811	25,35
Não	2388	74,65

Na tabela 1, observa-se que 3.199 crianças menores de dois anos foram cadastradas pelos agentes comunitários de saúde (ACS), no SIAB. Destas, 2.934 (91,72%) crianças estão com o esquema vacinal em dia. O resultado não é satisfatório, uma vez que em 2001 já se buscava atingir uma cobertura vacinal de 95% para as crianças na faixa etária de até 2 anos de idade (BRASIL, 2001).

Outro dado importante apresentado na tabela 1 é que apenas 26 (0,81%) crianças encontram-se com desnutrição. Por último, a tabela 1 revela que apenas 811 (25,35%) crianças fizeram puericultura nos CSF. Tal fato é preocupante, uma vez que se sabe da importância do acompanhamento do desenvolvimento e crescimento destas crianças pelos profissionais.

De acordo com Ricco et al. (2005), a puericultura é uma área voltada principalmente para os aspectos de prevenção e de promoção da saúde da criança, atuando no sentido de mantê-la saudável.

Conforme o Manual de Saúde Reprodutiva e Sexual, a adesão das mulheres ao pré-natal está diretamente relacionada com a qualidade da assistência prestada (CEARÁ, 2002).

Tabela 2 – Distribuição das mulheres residentes na Regional VI da cidade de Fortaleza-Ce, segundo as variáveis relacionadas a saúde da mulher. SIAB, Janeiro a Junho de 2013.

VARIÁVEIS	N	%
Gestantes cadastradas no SIAB	620	100,00
Gestantes acompanhadas por médicos e/ou enfermeiros	771	124,00
Gestantes acompanhadas pelos ACS	588	94,83
Gestantes vacinadas contra o tétano	558	90,00
Gestantes com pré-natal no mês	534	86,13
Gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre	436	70,32
Gestantes < 20 anos	123	19,84

Coleta Citopatológica registrada no SIAB

Mulheres em idade fértil	23.686	100,00
Mulheres em idade fértil que realizaram prevenção do câncer ginecológico	3.844	16,22

De acordo com a tabela 2, observa-se que 620 gestantes foram cadastradas no SIAB. Destas cadastradas, a maioria: 588 (94,83%) foram acompanhadas pelos ACS; 558 (90%) foram vacinadas contra o tétano; 534 (86,13%) realizaram pré-natal no mês; 436 (70,32%) iniciaram o pré-natal no 1º trimestre de gravidez e apenas 123 (19,84%) são gestantes menores de 20 anos. Além das gestantes cadastradas, outras gestantes não-cadastradas pelos ACS, também foram acompanhadas pelo médico e/ou enfermeiro, na consulta de pré-natal, correspondendo a um total de 771 consultas (124%).

O pré-natal iniciado no 1º trimestre de gravidez (70,32% de gestantes) deve ser ampliado pelas ESF, principalmente através do trabalho de busca ativa, uma vez que é de fundamental importância que o acompanhamento se inicie o mais precocemente possível, em 80% das gestantes, no sentido de obter intervenções oportunas, tanto diagnósticas, como preventivas e educativas (BRASIL, 2005).

Ainda na tabela 2, observa-se que das 23.686 mulheres em idade fértil (MIF), 3.844 (16,22%) realizaram o exame de Prevenção do Câncer Ginecológico (Papanicolaou) nos CSF. Outra questão a ser destacada é a dificuldade das mulheres em procurarem espontaneamente este exame, devendo-se, portanto, investir em educação em saúde.

Um outro fator de risco que deve ser considerado importante é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), pois representa a mais freqüente das doenças cardiovasculares e também o principal fator de risco para as complicações mais comuns, como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal (BRASIL, 2006a).

De acordo com a tabela 3, revela-se que a maioria da população do estudo 6.994 (41,50%) é hipertensa, em todas as faixas etárias que foram cadastrados pelo ACS, no SIAB. Nesta categoria de hipertensos incomoda a situação de apenas 2.561 (36,62%) serem acompanhados pelo médico e/ou enfermeiro, na consulta mensal. Tal fato nos leva a questionar a qualidade das informações geradas pelas ESF, através dos registros feitos nos instrumentos do SIAB, levantando-se, como principal hipótese para este número, o sub-registro de informações.

Tabela 3 – Distribuição da população residente na Regional VI da cidade de Fortaleza-Ce, segundo as variáveis relacionadas a hipertensão arterial, diabetes e tuberculose. SIAB, Janeiro a Junho de 2013.

VARIÁVEIS	N	%
Hipertensos cadastrados no SIAB	6.994	100,00
Hipertensos cadastrados no SIAB e acompanhados por médicos e/ou enfermeiros	2.561	36,62
Hipertensos cadastrados no SIAB e acompanhados pelo ACS	6.300	90,08
Diabéticos cadastrados no SIAB	2.126	100,00
Diabéticos cadastrados no SIAB e acompanhados por médicos e/ou enfermeiros	863	40,59
Diabéticos cadastrados no SIAB e acompanhados pelo ACS	1.948	91,63
Tuberculosos cadastrados no SIAB	41	100,00
Tuberculosos acompanhados por médicos e/ou enfermeiros	68	165,8
Tuberculosos acompanhados pelos ACS	39	95,12

Hansenianos cadastrados no SIAB	28	100,00
Hansenianos acompanhados por médicos e/ou enfermeiros	19	68,00
Hansenianos acompanhados pelos ACS	27	96,40

Em relação ao acompanhamento deste grupo pelos ACS, os dados revelam uma expressiva melhora, pois dos 6.994 hipertensos, 6.300 (90,08%) foram visitados, fato que merece destaque, uma vez que se sabe da importância do trabalho dos ACS junto a este grupo.

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde, o número global de portadores de Diabetes Mellitus (DM) era de 177 milhões em 2000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025. As consequências humanas, sociais e econômicas da doença são devastadoras, representadas por 4 milhões de mortes por ano, relativas ao diabetes e suas complicações (com muitas ocorrências prematuras), o que representa 9% da mortalidade mundial total (BRASIL, 2006b).

O grande impacto econômico ocorre notadamente nos serviços de saúde, como consequência dos crescentes custos do tratamento da doença e, sobretudo, de suas complicações, como a doença cardiovascular, a diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores (BRASIL, 2006b).

Com relação ao grupo dos diabéticos, na tabela 3 observa-se que 2.126 (12,61%) diabéticos de todas as faixas etárias foram cadastrados no SIAB pelo ACS. Entretanto, outra questão que se repete e preocupa é que a maioria 1.263 (59,41%) não é acompanhada por médicos e/ou enfermeiros, porém, recebe acompanhamento dos ACS 1.948 (91,63%).

A tuberculose é um problema de saúde prioritário no Brasil, que juntamente com outros 21 países em desenvolvimento, albergam 80% dos casos mundiais da doença, estimando-se que ocorram 129.000 casos novos por ano, sendo notificados 90.000 casos novos/ano (BRASIL, 2002).

Por ser, atualmente, uma das principais causas de morbimortalidade da população é que se preconiza a detecção de pelo menos 90% dos casos esperados e a cura de pelo menos 85% dos casos diagnosticados (BRASIL, 2002).

Conforme a tabela 3, observa-se que 41 casos de tuberculose foram diagnosticados e cadastrados no SIAB. Observou-se que todos têm acompanhamento dos médicos e/ou enfermeiros e que além dos 41 casos cadastrados, outros pacientes com tuberculose não-cadastrados pelos ACS, também foram acompanhados pelo médico e/ou enfermeiro, por meio de consulta. Além disso, alguns casos de tuberculose cadastrados tiveram mais de uma consulta mensal, totalizando, assim 68 consultas realizadas pelo médico e/ou enfermeiro a este grupo (165,8%). Apenas 2 (4,88%) não receberam acompanhamento dos ACS, cabendo destaque aos ACS pelo desempenho quase total nos pacientes que se encontram nesta categoria.

A hanseníase ainda constitui relevante problema de saúde pública em nosso país, apesar da redução drástica do número de casos, de 19 para 4,68 doentes em cada 10.000 habitantes (BRASIL, 2002). Ainda de acordo com a tabela 3, verifica-se que 28 casos de hanseníase foram diagnosticados e cadastrados no SIAB. Observou-se que, somente 19 (68%), receberam consulta/acompanhamento dos médicos e/ou enfermeiros, enquanto apenas 1 (3,6%) não recebeu acompanhamento dos ACS, mais uma vez cabendo destaque aos ACS pelo desempenho quase total nos pacientes que se encontram neste grupo.

Conclusão

O estudo demonstrou que, mesmo diante de algumas limitações, o SIAB constitui-se um dos principais instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica, sendo capaz de retratar as ações realizadas pelas ESF no território. Evidenciou-se que apesar de ser uma realidade das ESF, o SIAB pode estar sendo subutilizado, principalmente quando os dados informados não possuem a qualidade desejada, e, especialmente, quando o preenchimento dos relatórios não possui bons registros, gerando informações pouco confiáveis e não fidedignas. Assim, faz-se importante que tanto gestores, como as ESF utilizem as informações e indicadores gerados pelo SIAB para nortear suas ações, através do planejamento, monitoramento e avaliação em saúde, contribuindo para o fortalecimento e operacionalização do Sistema Único de Saúde - SUS.

Referências

BAHIA. Secretaria da Saúde. Superintendência de Planejamento e Descentralização. Diretoria da Atenção Básica. *SIAB: rotinas e procedimentos para municípios e regionais*. Salvador, 2006.

BARBOSA DCM, FORSTER ACO *Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB nas Equipes de Saúde da Família*. Brasília, 2008.

BITTAR TO, et al. *O Sistema de Informação da Atenção Básica como ferramenta de gestão em saúde*. Revista Federal de Odontologia, v.14, n.1, p.77-81, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Rede de Frio*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual técnico para o controle da tuberculose: caderno de atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diabetes Mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Análise dos indicadores da política nacional de atenção básica no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. *Saúde reprodutiva e sexual: um manual para atenção primária e secundária (nível ambulatorial)*. Fortaleza: SESA-CE, 2002.

RICCO RG, ALMEIDA CAN, DEL CIAMPO LA. *Puericultura: temas de pediatria 80*. São Paulo: Nestlé; 2005.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA A UMA PACIENTE COM ERISPELA UTILIZANDO A TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS.

Autor 1- Silvana Sousa (Apresentador) – Faculdades INTA- E-mail: silvanalima000@gmail.com

Autor 2 - Adão Robson Martins Nobre- Faculdades INTA.

Autor 3 - Anderlane Sara de Sousa Paiva - Faculdades INTA.

Autor 4 - Karine Martins Nobre- Faculdades INTA.

Autor 5 - Maria Aline Alves Pereira - Faculdades INTA.

Autor 6 - Antonia de Maria Gomes Paiva – (Orientador) - Universidade Estadual Vale do Acaraú- UVA.

*Palavras chave:*Sistematização. Assistência de enfermagem. Erisipela.

Resumo

Erisipela é um processo infeccioso cutâneo, durante a assistência a equipe de enfermagem deve estar preparada a conhecer todos os tipos de morbidades para que assim esteja apta a desenvolver seu trabalho de forma precisa e sistematizada. Objetivos: Confirmar a influencia que a Sistematização da Assistência de Enfermagem com base na teoria das necessidades humanas básicas tem em um caso de Erisipela. Metodologia: Trata-se de um estudo de caso, realizado no mês de agosto de 2014, em uma Unidade Básica de Saúde. Resultados: Segundo a Horta, a enfermagem compreende as necessidades humanas básicas, estando diretamente ligada ao paciente durante morbidade pois presta assistência ao ser humano de maneira curativa, reabilitadora e preventiva. Conclusão: É imprescindível a implementação do processo de enfermagem baseado na teoria das necessidades humanas básicas, uma vez que se torna necessário o uso de um instrumento para auxiliar o enfermeiro no processo de cuidar do cliente em suas condições clínicas a iniciar intervenções de enfermagem de forma sistematizada. A sistematização da assistência de enfermagem é um instrumento de fundamental importância para o enfermeiro, no qual fornece autonomia ao profissional, devendo ser realizado em todos os níveis de atenção desde o inicio do atendimento até seu termino.

Introdução

Erisipela é um processo infeccioso cutâneo, podendo atingir a gordura do tecido celular subcutâneo, causado por uma bactéria (ALCANTARA, 2009). Durante a assistência a equipe de enfermagem deve estar preparada a conhecer todos os tipos de morbidades para que assim esteja apta a desenvolver seu trabalho de forma precisa e sistematizada, pois diversas morbidades necessitam de intervenção imediata para um prognóstico favorável para o paciente. São considerados fatores de risco para erisipela quaisquer alterações que facilitem a infecção cutânea. Entre os fatores de risco locais destacam-se: dermatoses preexistentes, traumas, feridas operatórias e alterações vasculares, como insuficiência venosa e linfedema (OKAJIMA; FREITAS; ZAITZ, 2004). Ocorre em qualquer faixa etária, e o pico se dá entre 60 e 80 anos. Os locais mais acometidos são os membros inferiores, seguidos da face e membros superiores. É mais freqüente em pacientes do sexo feminino (BERNADES, 2002). A Enfermagem tem no cuidado humano seu objeto de estudo, e como ciência busca um corpo de conhecimento próprio, visto que desenvolve suas atividades com base no saber de outras ciências (MATOS et al., 2011). A teoria das necessidades humanas básicas tem como objeto o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas afetadas, para torná-lo independente dessa assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado. Baseia-se ainda em que ele recupere, mantenha e promova sua saúde em colaboração com outros profissionais e com seus próprios recursos (ALBURQUERQUE; NOBREGA; FONTES, 2008). Neste sentido esse estudo tem como questão norteadora: Qual a influencia que a Sistematização da Assistência de Enfermagem com base na teoria das necessidades humanas básicas tem em um caso Erisipela? Este estudo partiu da necessidade de estudar um caso específico de Erisipela em uma paciente acometida com a morbidade na Estratégia Saúde da família, para confirmar a influencia da assistência de enfermagem na contribuição de um prognóstico proveitoso.

Metodologia

Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa, observação estruturada e participante. A abordagem qualitativa parte do argumento de que há uma ligação entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência entre o sujeito e o objeto, uma conexão inseparável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito (PIANA, 2009). O estudo foi realizado no mês de agosto de 2014. *O cenário do estudo foi uma Unidade Básica de Saúde (UBS), que dispõe de uma rede de profissionais qualificados que zelam pela prestação do serviço, localizado na cidade Varjota – Ceará. Os participantes do estudo foi uma paciente acometida por Erisipela, acompanhada pela referida UBS.* A coleta de dados foi realizada na UBS e durante as visitas feitas a paciente. Para esta coleta foi necessária observação estruturada e participativa com o paciente e coleta dos dados no prontuário do mesmo. Inicialmente foi feita uma primeira visita para conhecer o paciente escolhido, mantendo contato com a mesma. Depois foram realizadas visitas subsequentes, realizando intervenções cabíveis e conversas diárias, evoluindo a paciente e mantendo contato com o prontuário. As informações obtidas através de visitas e conversas com o paciente e informações do prontuário foram cuidadosamente analisados e tabulados em forma de quadros. Sendo que o foco da análise foi confirmar a influencia que a Sistematização da Assistência de Enfermagem com base na teoria das necessidades humanas básicas tem em um caso de Erisipela. Este estudo atendeu os princípios éticos e legais da pesquisa com seres humanos conforme a resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 que considera o respeito e a dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos.

Resultados e Discussão

M. C. L, 71 anos, sexo feminino, nascida a 20/05/1943, residente em um distrito localizado na cidade de Varjota - Ce, profissão aposentada, mora com umas das filhas, em casa de alvenaria, mantendo boas condições de moradia. Cuidadora relata que idosa não sofre de diabetes, apenas hipertensão, confirmado através de dados do prontuário e cadastro no Hiperdia. Filha chega a UBS para que os profissionais façam uma visita a idosa, com queixa de dor MIE, rubor e formação bolhosa, relatando que este episódio se iniciou depois de um pequeno arranhão na perna esquerda. Sinais confirmados pelos profissionais após a chegada a casa da paciente, onde foi imediatamente encaminhada depois de uma certa resistência da filha, para o hospital da cidade, ficando internada para tratamento durante sete dias. Retornando a sua casa para tratamento domiciliar.

EVOLUÇÕES DE ENFERMAGEM

1 – Idosa, hipertensa, 71 anos com diagnóstico de erisipela. Segue em seu domicílio em tratamento de erisipela. Encontra-se consciente, orientada em tempo e espaço, verbalizando a estímulos verbais, em uso de cadeira de roda. Aceita dieta oferecida, eliminações fisiológicas presentes. Mostra-se deprimida. MIE com presença de rubor, eritema e tecido necrosado. Realizado curativo em MIE, com sulfadiazina de prata e orientações gerais.

2 – Realizado visita domiciliar, idosa em tratamento de erisipela de MIE com acentuada melhora clínica. Em uso de levofloxacino 500 mg/dia. Sem febre, aceita dieta. Refere dor em perna dificultando sua noite de sono. Ao exame físico: Extremidades: Edema + rubor em perna esquerda. SSVV: PA: 150/80mmHg; T: 36°C; R:18irpm; P: 88bpm. Realizado orientações quanto a limpeza e conforto.

3 – Paciente idosa evolui consciente, orientada em tempo e espaço, verbalizando suas queixas, mais comunicativa. Aceita dieta oferecida, eliminações fisiológicas presentes. Ao exame: MIE com aparente melhora clínica, sem bolhas, eritema discreto, rubor. Em uso de medicamentos prescritos. Cuidadora mostra-se incompreensiva com as necessidades da idosa. Realizado orientações quanto a higiene, privacidade e conforto. Eupneica em uso de ar ambiente, normotensa, normocardica e afebril. SSVV: PA: 120x80 mmHg; T: 36° C; P: 80bpm; R; 18irpm.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM

Segundo a teoria de Wanda Aguiar Horta, a enfermagem compreende as necessidades humanas básicas, estando diretamente ligada ao paciente durante morbilidade pois presta assistência ao ser humano de maneira curativa, reabilitadora e preventiva, para que o paciente participe do seu cuidado. Esta teoria foi pensada para este caso, por que um paciente acometido por erisipela necessita retornar a ser uma pessoa independente da assistência de enfermagem o mais rapidamente possível pelo ensino do autocuidado, promovendo, mantendo e recuperando sua saúde. Para que isso aconteça, segundo Horta é necessário que os profissionais de enfermagem desenvolvam uma metodologia fundamentada no método científico denominado processo de enfermagem que encontra – se dentro da SAE e é um recurso desenvolvido com base no método científico, tendo como objetivo realizar o cuidado eficiente dos pacientes. Sabendo que a teoria das necessidades humanas básicas se vale também das etapas do processo de enfermagem para sistematizar e aplicar o cuidado humanizado, foram pontuados abaixo os problemas, diagnósticos, planos de cuidados, resultados e avaliação de enfermagem para o melhor aprofundamento do caso.

1. Diagnóstico de Enfermagem: Risco de Infecção relacionado a destruição dos tecidos e exposição ambiental aumentada, exposição à patógenos aumentada.

Problema Identificado: Pele rompida, tecido traumatizado, destruição dos tecidos.

Plano de Cuidados: Obedecer às técnicas assépticas durante a execução de qualquer procedimento; Lavagem das mãos; Avaliar sinais vitais.

Resultados Esperados: Paciente ficará livre de infecções; A diminuição da infecção cruzada; Evitar a contaminação da equipe de enfermagem

Avaliação de Enfermagem: Resultados alcançados: Paciente e equipe livre de infecções;

NHB afetada: Regulação Neurológica

2. Diagnóstico de Enfermagem: Dor aguda relacionado a agentes lesivos evidenciado por agitação, inquietação e relatos do paciente

Problema Identificado: Dor; Agitação; Irritabilidade. .

Plano de Cuidados: Administração de analgésicos e sedativos, prescritos pelo médico de acordo com os horários da prescrição; Inspeccionar local da algia, sempre que expressar; Aplicar a escala de dor.

Resultados Esperados: Ausência de dor.

Avaliação de Enfermagem: Resultados parcialmente alcançado - Paciente livre de dor.

NHB afetada: Percepção dolorosa

3. Diagnóstico de Enfermagem: Integridade da pele prejudicada relacionada à imobilidade física evidenciada por destruição da camada da pele.

Problema Identificado: Destruição de camadas da pele, rompimento da superfície da pele, invasão de estruturas da pele.

Plano de Cuidados: Manter a pele do cliente sempre limpa e seca; Realizar mudanças de decúbitos de 2/2 horas; Fazer hidratação com cremes na pele

Resultados Esperados: Apresentará melhora da integridade da pele; Ficar livre de lesões na pele;

Avaliação de Enfermagem: Resultados alcançado - Paciente a cada dia melhora o estado geral de sua pele.

NHB afetada: Integridade física e cutâneo mucosa

4. Diagnóstico de Enfermagem: Déficit no auto cuidado relacionado a incapacidade de auto cuidado evidenciado pela rejeição a banhos diários.

Problema Identificado: Baixa estima.

Plano de Cuidados: Orientar cuidadores a realizar ou auxiliar e orientar higiene hora; Realizar ou auxiliar e orientar higienização corporal no leito.

Resultados Esperados: Paciente ficará higienizado.

Avaliação de Enfermagem: Resultados parcialmente alcançado - Higiene realizada.

NHB afetada: Cuidado Corporal

5. Diagnóstico de Enfermagem: Padrão de sono prejudicado relacionado a sono interrompido evidenciado por relatos do paciente

Problema Identificado: Desconforto.

Plano de Cuidados: Proporcionar condições de sono e repouso.

Resultados Esperados: Paciente conseguirá manter seu sono e repouso.

Avaliação de Enfermagem: Resultados parcialmente alcançados: Sono e repouso preservados.

NHB afetada: Sono e Repouso

Conclusão

A execução deste trabalho contribuiu para o nosso crescimento como profissional de enfermagem, mostrando oportunidade de refletir sobre a assistência do cuidado aos pacientes sobre um olhar mais profissional. Foi fácil perceber durante o estudo o quanto é influente a sistematização no processo do cuidar, pois além da autonomia, gera também autenticidade e clareza nos cuidados e intervenções prestadas ao paciente. É imprescindível a implementação do processo de enfermagem baseado na teoria das necessidades humanas básicas, uma vez que se torna necessário o uso de um instrumento para auxiliar o enfermeiro no processo de cuidar do cliente em suas condições clínicas a iniciar intervenções de enfermagem de forma sistematizada. A sistematização da assistência de enfermagem é um instrumento de fundamental importância para o enfermeiro, no qual fornece autonomia ao profissional, devendo ser realizado em todos os níveis de atenção desde o início do atendimento até seu término.

Referências

ALBUQUERQUE, C. C.; NOBREGA, M. M. L.; FONTES, W. D. Sistematização da assistência de enfermagem ao binômio mãe-lactentes. **Cienc Cuid Saúde**. 2008 Jul/Set; 7(3):392-398 Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6518/3867>. Acesso em 16/08/2014

ALCANTARA, C; ALCANTARA, V. C. S. Cicatrização de lesões causadas por erisipela em um paciente diabético. *Com. Ciências Saúde*. 2009;20(2):173-184. Disponível em: http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2010Vol21_2art10Cicatrizacaoaodelesoes.pdf. Acesso em 16/08/2014

BERNARDES, Carlos Henrique de A. et al. Experiência clínica na avaliação de 284 casos de erisipela. **An. Bras. Dermatol**. 2002, vol.77, n.5, pp. 605-609. ISSN 1806-4841. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v77n5/v77n5a11.pdf>. Acesso em: 16/08/2014

OKAJIMA, R. M.O; FREITAS, T. H.P. ZAITZ, C. Estudo clínico de 35 pacientes com diagnóstico de erisipela internados no Hospital Central da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo Erysipelas: a clinical study of 35 patients hospitalized at the São Paulo Central Hospital of Irmandade da

Santa Casa de Misericórdia. **An bras Dermatol**, Rio de Janeiro, 79(3):295-303, maio/jun. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abd/v79n3/en_v79n3a05.pdf Acesso em: 16/08/2014

PIANA, MC. **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional**. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 233 p. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em 12/08/2014

Agradecimento

Somos profundamente gratos a toda a equipe de enfermagem da UBS, a essa gente valorosa, competente e comprometida com a comunidade.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PACIENTE PORTADORA DO PAPILOMA VÍRUS HUMANO (HPV)

Herta de Oliveira Alexandre – Universidade Federal do Ceará (herta.oliveira@yahoo.com.br)

Nathália Lima Pedrosa – Universidade Federal do Ceará

Ana Gesselená da Silva Farias – Universidade Federal do Ceará

Maria da Conceição dos Santos Oliveira Cunha – Universidade Federal do Ceará

Joquebede Moraes da Silva – Universidade Federal do Ceará

Marli Teresinha Gimenez Galvão – Universidade Federal do Ceará

Palavras-chave: Infecções por Papilomavírus. Enfermagem. Processos de Enfermagem.

Resumo

O Papilomavírus humano (HPV) possui capacidade de infectar a região genital e é de importância para a saúde pública, visto que está associado no aumento da incidência de câncer de colo uterino. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) tem sido utilizada em diversas clientelas, buscando um atendimento de qualidade e integrado. Assim, o estudo objetivou realizar a SAE em uma paciente portadora de HPV. Trata-se de um caso clínico, realizado em uma unidade básica de saúde referência em atendimento às pessoas com Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em Fortaleza-CE. O sujeito do estudo foi uma paciente que buscou o serviço por livre demanda. O atendimento deu-se em maio de 2014. Utilizou-se questionário semiestruturado para coleta de informações. Os diagnósticos de Enfermagem estavam de acordo com o NANDA 2012-2014. Logo após, foram realizadas intervenções baseadas nos achados encontrados. A apresentação do caso evidenciou os diagnósticos: Integridade da pele prejudicada, ansiedade e disposição aumentada para controle do regime terapêutico. As principais intervenções consistiram no cuidado com as lesões (uso de ácido tricloroacético) e com a pele após a queda dos condilomas, apoio emocional e educação em saúde sobre o uso do preservativo e prevenção contra as demais DSTs. Conclui-se que a aplicação da SAE favoreceu o atendimento à paciente, sugerindo o uso desta tecnologia em pacientes com outras DSTs. Favorecer o uso do preservativo ainda é um desafio para os profissionais de saúde na assistência.

Introdução

O Papilomavírus Humano (HPV) é um DNA-vírus do grupo papovavírus. Atualmente são conhecidos mais de 100 tipos; entretanto, 20 desses podem infectar o trato genital (BRASIL, 2006). 40 dos 140 genótipos já identificados dos papilomavírus possuem a capacidade de infectar a região genital dos seres humanos. Divididos em HPV de alto e baixo risco, dependendo do seu potencial oncogênico, os HPVs 16 e 18 são os genótipos de alto risco, sendo causas de aproximadamente 70% dos cânceres cervicais invasivos (BANURA *et al.*, 2011).

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

A via sexual é a principal transmissão do HPV, o qual está incluso o contato oral-genital, genital-genital e manual-genital. A infecção pode ocorrer mesmo na ausência de penetração vaginal ou anal e sua transmissão é maior na presença de verrugas, principal característica da infecção. (BRASIL, 2014). Os principais fatores de risco para a contaminação pelo HPV são: mulher jovem sexualmente ativa, principalmente após dois a três anos do início da atividade sexual; número de parceiros sexuais durante a vida e a idade do parceiro masculino em relação à da mulher (quanto maior essa diferença, maior o risco) (BASEMAN; KOUTSKY, 2005).

As mulheres, na faixa etária de 13 a 25 anos, são comumente acometidas pelo HPV devido o número de parceiros sexuais na vida, além do não uso de preservativos, principalmente se estiverem em situação conjugal estável (PINTO, FUZII, QUARESMA, 2011). Em relação ao uso da camisinha, observa-se que conhecem a necessidade do uso da mesma, porém na prática depende da aceitação do companheiro e dela própria, sendo considerado um incômodo nas relações sexuais, portanto um desafio para os profissionais de saúde ao tentarem abordar a temática, convencendo sobre a importância do uso do condom (QUEIROZ; PESSOA; SOUSA, 2005).

O tratamento da infecção pelo HPV consiste na remoção das lesões condilomatosas, diminuindo assim o risco de transmissão do vírus. Os tratamentos disponíveis não possuem evidência de erradicação da doença e, se os condilomas não forem tratados, podem desaparecer, permanecer inalterados, ou aumentar em tamanho ou número. Atualmente, os produtos mais utilizados são: ácido tricloroacético (ATA), crioterapia, eletrocoagulação, podofilina, podofilotoxina, imiquimod, interferon, vaporização a laser e exérese cirúrgica. Tais substâncias e procedimentos são escolhidos de acordo com tamanho, número e local da lesão; além da morfologia e preferência do paciente, custos e disponibilidade de recursos. Como o tratamento de condilomas não elimina o HPV, os pacientes e seus parceiros devem ser cientificados de que podem ser infectantes, mesmo na ausência de lesões visíveis (BRASIL, 2006).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um método científico de trabalho que pode ser utilizado nos mais diversos espaços de atuação da profissão, proporcionando melhoria na qualidade da assistência. Ela permite o planejamento individualizado, garante a continuidade e a integralidade do cuidar (ZANARDO, ZANARDO, KAEFER, 2011). É uma atividade privativa do enfermeiro e produzida por Wanda Horta. Apesar de possuir a vantagem de trazer a teoria no cotidiano prático da profissão, além de oferecer autonomia profissional, ainda são inúmeros desafios para sua implantação (SANTOS *et al.*, 2014).

A SAE, apesar da comprovada confiabilidade e de comprovada melhoria da qualidade da assistência, ainda possui implantação incipiente nos serviços de saúde. A sobrecarga de trabalho dos enfermeiros, a falta de conhecimento técnico de enfermagem e o pouco envolvimento dos profissionais no processo são fatores que dificultam a real adesão dos profissionais a essa sistematização (TAVARES *et al.*, 2013). A sistematização da assistência de enfermagem em pacientes com HPV ainda é pouco explorada na literatura, emergindo, assim, a necessidade de se aplicar tal processo nessa clientela.

Assim, diante do exposto, o estudo objetivou realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma paciente portadora de HPV.

Metodologia

Trata-se de um estudo de intervenção, com abordagem qualitativa, do tipo caso clínico, no qual foi utilizado a Sistematização da Assistência de Enfermagem no atendimento a uma paciente com Papilomavírus Humano. A pesquisa foi realizada na oportunidade do Estágio da Disciplina de Saúde Sexual e Reprodutiva, ofertada no Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. As acadêmicas de enfermagem foram supervisionadas por enfermeira do serviço.

Estudo de caso é um método investigativo que visa detalhar uma unidade ou um pequeno número de unidades, buscando compreender questões importantes sobre a entidade visada. Sua vantagem é a possibilidade de aprofundar sobre o objeto de estudo, oferecendo um conhecimento das condições, dos sentimentos, das ações, das intenções e do ambiente do ser estudado (POLIT; BECK, 2011). Suas desvantagens compreendem na impossibilidade de generalização dos resultados e na simplificação do nível de complexidade, quando comparado com pesquisa de ampla amostra. Entretanto, o rigor científico na fidedignidade dos dados e em sua análise é igual aos outros estudos, não devendo ser descartado (VENTURA, 2007).

O sujeito participante da pesquisa foi uma cliente de uma Unidade Básica de Saúde referência em atendimento para pessoas com Doenças Sexualmente Transmissíveis, localizada no município de Fortaleza. Foi realizada Consulta de Enfermagem na própria unidade de saúde, onde a paciente procurou atendimento por livre demanda. A consulta foi feita em maio de 2014, no período de estágio das acadêmicas, e a escolha pela paciente se deu por apresentar a doença em estudo e por a mesma aceitar em participar da pesquisa.

As informações sobre a paciente foram obtidas por um questionário semiestruturado, com informações de identificação, queixa principal, história da doença atual e história pregressa da doença, aplicado na anamnese da Consulta de Enfermagem. Os dados foram transformados em histórico para análise da paciente e formulação dos diagnósticos de Enfermagem. Esses diagnósticos foram feitos de acordo com o North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) 2012-2014. A partir dos diagnósticos, foram elaboradas intervenções para promoção da saúde da paciente.

Os aspectos éticos e legais foram respeitados. Tornou-se evidente à participante do estudo que lhe seria assegurado o anonimato, resguardando-lhe o direito, inclusive, de não concluir o trabalho que seria realizado, se assim o desejasse. A pesquisa obedece aos preceitos da Resolução 466/12.

Resultados e Discussão

Apresentação do caso

C.S.F., sexo feminino, 20 anos, solteira, ensino médio completo, reside em Fortaleza-CE. Paciente relata ter tido 2 parceiros sexuais do sexo masculino, nos últimos 12 meses, e ter praticado sexo sem camisinha. Atualmente não possui parceiro. Segundo a paciente, em dezembro de 2013 ela percebeu as verrugas genitais e procurou o Centro de Saúde Meireles para realizar o exame ginecológico. O resultado do exame sugeriu a presença de candidíase e foi detectado o HPV. O tratamento da candidíase foi prescrito pela ginecologista e a paciente foi encaminhada pela profissional do serviço para a enfermeira, a fim de realizar o tratamento para o HPV. No dia 14 de maio de 2014, a paciente iniciou o acompanhamento no ambulatório de DST através da consulta de enfermagem. Após aconselhamento e consentimento da paciente, foram realizados os testes rápidos de sífilis, HIV e Hepatite B, disponíveis no serviço. Os resultados dos testes deram não reagente. Nessa consulta, também foi aplicado o ácido tricloroacético a 90% nas lesões do intróito vaginal, com agendamento de retorno semanal. No dia 21 de maio, a mesma retornou para a consulta de enfermagem/DST, sendo realizado novamente o tratamento com o ácido tricloroacético a 90%, pois ainda apresentava verrugas genitais, foi agendado o retorno semanal. A paciente demonstrou ansiedade e medo em relação a ter filhos no futuro e quanto a transmissão da doença.

Diagnósticos de enfermagem e intervenções

1. Diagnóstico: Integridade da pele prejudicada relacionada a substância química, evidenciada por destruição da camada da pele.

Intervenções: Orientar a paciente para se alimentar de três em três horas; ter uma alimentação saudável, comer frutas, verduras, beber pelo menos 2 litros de água diariamente e ingerir alimentos ricos em vitaminas C e E para aumentar a imunidade; Orientar a paciente para realizar asseio com aroeira, a fim de acelerar a cicatrização dos locais onde foi aplicado o ácido tricloroacético a 90%.

2. Diagnóstico: Ansiedade relacionada a mudança no estado de saúde, evidenciada por preocupação, receio e ansiedade.

Intervenções: Apoio emocional; orientação correta sobre a doença e o tratamento; modelar habilidades de enfrentamento.

3. Diagnóstico: Disposição para controle aumentado do regime terapêutico evidenciada por expressar pouca dificuldade com o regime de tratamento.

Intervenções: Incentivar a realização do tratamento adequado e práticas sexuais saudáveis, como o uso da camisinha durante todas as relações sexuais. Aconselhamento e atividade educativa grupal em sala de espera sobre as principais DSTs, incluindo a prevenção, bem como educação em saúde sobre a necessidade do uso de preservativo em todas as relações sexuais (oral, vaginal e anal).

Evidenciou-se que a paciente do estudo não utilizava preservativo nas relações sexuais. O HPV pode vir associado com outras doenças sexualmente transmissíveis, visto o comportamento de risco do não uso de preservativos em relações sexuais. A camisinha tem sido a principal estratégia de prevenção das políticas públicas brasileiras em relação às DSTs (PINHEIRO; CALAZANS; AYRES, 2013). Entretanto, a mulher geralmente busca fazer o exame de prevenção na presença dos sintomas, o que desafia os profissionais de saúde a repensar a relação profissional-usuária, mediante necessidade da detecção precoce das patologias e das ações educativas em prol de comportamentos protetores para as DSTs, como o uso dos preservativos (DUAVY *et al.*, 2007).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem possibilitou um cuidado pautado no conhecimento científico. A linguagem padronizada da SAE não distancia a prática profissional, mas facilita o processo de comunicação enfermeiro-paciente e enfermeiro-equipe, o que evita interpretação duvidosa e termos não científicos durante registro da assistência. Tal prática, ainda, é uma tecnologia leve que ajuda no desenvolvimento de uma prática eficiente, minimizando barreiras (ALVES *et al.*, 2007).

Conclusão

A ausência de ações de prevenção, como o uso de preservativo, pode revelar vulnerabilidades em relação às DSTs, principalmente relacionado ao papilomavírus, que pode levar ao câncer de colo uterino.

Muitas vezes a descoberta de uma DST pode estar associada a outras doenças, como no caso estudado, em que a paciente foi diagnosticada com candidíase e HPV.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem permitiu um cuidado multidimensional, em que foi tratada a doença e não foi desprezada a ansiedade da paciente, com a oferta de apoio emocional, nem a sua falta de conhecimento em relação às DST, em que foi fornecida atividade educativa.

Sugerem-se mais estudos com a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem na clientela com doenças sexualmente transmissíveis, a fim de que mais evidências possam ser encontradas sobre sua utilização.

Referências

ALVES, A. R. *et al.* Aplicação do processo de enfermagem: estudo de caso com uma puérpera. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 60, n. 3, p. 344-347, 2007.

BANURA, C. *et al.* Epidemiology of HPV genotypes in Uganda and the role of the current preventive vaccines: a systematic review. **Infect. Agent. Cancer**, v. 6, n. 1, p. 11, 2011.

BASEMAN, J. G.; KOUTSKY, L. A. The epidemiology of human papillomavirus infections. **J. Clin. Virol.**, v. 32, suppl., p. 16-24, 2005.

BRASIL. Ministério da saúde. **Condiloma acuminado (HPV)**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/condiloma-acuminado-hpv>>. Acesso em 22 maio de 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de Bolso das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

DUAVY, L. M. *et al.* A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer de colo uterino: estudo de caso. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 3, p. 733-742, 2007.

PINHEIRO, T. F.; CALAZANS, G. J.; AYRES, J. R. C. Uso da camisinha no Brasil: um olhar sobre a produção acadêmica acerca da prevenção em HIV/aids. **Temas psicol.**, v. 21, n. 3, p. 815-836, 2013.

PINTO, D. S.; FUZII, H.T.; QUARESMA, J. A. S. Prevalência de infecção genital pelo HPV em populações urbana e rural da Amazônia Oriental Brasileira. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 4, p. 769-778, 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. (Org.). **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

QUEIROZ, D. T.; PESSOA, S. M. F.; SOUSA, R. A. Infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV): incertezas e desafios. **Acta Paul. Enferm.**, v. 18, n. 2, p. 190-196, 2005.

SANTOS, W. N. *et al.* Sistematização da Assistência de Enfermagem: o contexto histórico, o processo e os obstáculos de implantação. **JMPHC**, v. 5, n. 2, p. 153-158, 2014.

TAVARES, t. s. *et al.* Avaliação da implantação da sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade pediátrica. **REME**. v.17, n. 2, p. 42-50, 2013.

VENTURA, M. M. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. **Rev. SOCERJ**, v. 20, n. 5, p. 383-386, 2007.

ZANARDO, G. M.; ZANARDO, G. M.; KAEFER, C. T. Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Revista Contexto & Saúde**, v. 11, n. 20, p. 1371-1374, 2011.

Agradecimentos

Agradecemos a paciente que autorizou e viabilizou nosso estudo de caso.

SIGNIFICADOS E EXPECTATIVAS DE PUÉRPERAS ACERCA DO PARTO NATURAL.

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

Priscila França de Araújo – Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Gracyelle Alves Remigio Moreira - Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Lorena Campos de Souza – Faculdades Nordeste - FANOR

Iranildo Lopes de Oliveira - Faculdades Nordeste - FANOR

Raimunda Magalhães da Silva - Universidade de Fortaleza - UNIFOR

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

RESUMO

COMPREENDENDO A IMPORTÂNCIA DO PARTO, MOMENTO ÚNICO NA VIDA, PARA A MULHER, SUJEITO MAIS ENVOLVIDO NO PROCESSO, CONSIDERANDO TAMBÉM O FATO QUE AS EXPECTATIVAS DA MULHER EM RELAÇÃO AO PARTO PODEM INFLUENCIAR DIRETAMENTE A PARTURIÇÃO BUSCOU-SE CONHECER QUAIS OS SIGNIFICADOS E AS EXPECTATIVAS DE UM GRUPO DE PUÉRPERAS ACERCA DO PARTO NATURAL. TRATA-SE DE UM ESTUDO EXPLORATÓRIO-DESCRIPTIVO, COM ABORDAGEM QUALITATIVA. OS SUJEITOS DA PESQUISA FORAM SETE PUÉRPERAS, PRIMÍPARAS E QUE TIVERAM PARTO NORMAL NA CIDADE DE CASCAVEL-CE. A COLETA DE DADOS FOI REALIZADA POR MEIO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA. AS MESMAS FORAM GRAVADAS E, POSTERIORMENTE, TRANSCRITAS SEGUINDO A TÉCNICA DA ANÁLISE DE CONTEÚDO DE BARDIN, FAZENDO EMERGIR AS SEGUINTE CATEGORIAS: SENTIMENTOS E SIGNIFICADOS DO PARTO; EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO AO PARTO; E PERCEPÇÃO DAS PUÉRPERAS SOBRE A ASSISTÊNCIA DURANTE O TRABALHO DE PARTO. OS PRECEITOS ÉTICOS E LEGAIS DE PESQUISA FORAM RESPEITADOS CONFORME A RESOLUÇÃO Nº466/12. OS RESULTADOS EVIDENCIARAM QUE HOUVE UMA AMBIGUIDADE DE SENTIDOS, VARIANDO DE DOR E MEDO À ALEGRIA E FELICIDADE; AS EXPECTATIVAS ERAM FUNDAMENTADAS NAS OPINIÕES DE TERCEIROS E FORTEMENTE INFLUENCIADAS PELA CULTURA NA QUAL A PUÉRPERA ESTAVA INSERIDA. CONTUDO, CONSIDERAMOS QUE OS PROFISSIONAIS POSSUEM UMA FUNÇÃO MUITO IMPORTANTE DE EDUCAR E PREPARAR A MULHER PARA ESSE MOMENTO DE FORMA VERDADEIRA E SENSÍVEL, DE MODO QUE A MESMA NÃO SE DECEPCIONE OU SE FRUSTRE COM O PARTO, ALÉM DE OFERECER UMA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA E HOLÍSTICA, POIS AS LEMBRANÇAS DESSE MOMENTO PERPETUARÃO EM SUAS MEMÓRIAS, ASSIM COMO SERÃO TRANSMITIDAS A OUTRAS MULHERES.

INTRODUÇÃO

A EXPERIÊNCIA DO PARTO SEMPRE SE CONFIGUROU UM EVENTO MUITO IMPORTANTE NA VIDA DAS MULHERES; UM MOMENTO ÚNICO E ESPECIAL, MARCADO PELA TRANSFORMAÇÃO DA MULHER EM SEU NOVO PAPEL, O DE SER MÃE (VELHO ET AL., 2012).

INDEPENDENTE DA CULTURA, O PARTO POSSUI UMA CONOTAÇÃO ESPECIAL; PARA ALGUMAS CIVILIZAÇÕES CORRESPONDE A UM MOMENTO MÁGICO, NO QUAL NÃO NASCE APENAS UM FILHO, MAS UMA MÃE, UM PAI E TODA UMA NOVA FAMÍLIA. SEGUNDO RAMALHO (2009) O ATO DE PARIR DESDE SEMPRE FOI ENTENDIDO COMO PERTINENTE AO UNIVERSO DO SAGRADO, POIS O NASCIMENTO CATIVA, ENVOLVE E HIPNOTIZA, POSSUINDO UMA DIMENSÃO INICIATÓRIA INEGÁVEL, É POUCO PROVÁVEL QUE QUALQUER EXPERIÊNCIA MASCULINA SE COMPARE AO PARTO. AS MULHERES CARREGAM CONSIGO DURANTE TODA A VIDA A RECORDAÇÃO DESSA EXPERIÊNCIA E A SUA COMPREENSÃO EM RELAÇÃO AO PARTO AFETA TAMBÉM AS PESSOAS COM QUEM CONVIVEM.

WOLFF E WALDOW (2008) AFIRMAM QUE O FIM DA HEGEMONIA FEMININA SOBRE O PARTO CRIOU CONDIÇÕES PARA A INCLUSÃO DE ROTINAS CIRÚRGICAS, COMO A EPISIOTOMIA, O FÓRCEPS PROFILÁTICO, ENTRE OUTRAS PRÁTICAS.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

O ASPECTO DOMICILIAR E PROFUNDAMENTE SUBJETIVO DO PARTO DEU LUGAR A UMA VIVÊNCIA HOSPITALAR, REPLETA DE MEDOS, TENSÕES E INSEGURANÇA, O QUE PODEM CONSTITUIR EM MALEFÍCIOS, POIS DESTITUEM O PROTAGONISMO FEMININO SOBRE O PARTO, ALÉM DE MUITAS VEZES DIFICULTAR O TRABALHO DE PARTO, PODENDO SER PREJUDICIAL À MÃE E TAMBÉM AO BEBÊ.

AS PERCEPÇÕES NEGATIVAS SOBRE O PARTO SÃO DESCRITAS PELAS MULHERES COMO SOLIDÃO, SOFRIMENTO E ABANDONO, RELACIONADAS MUITAS VEZES À AUSÊNCIA DE UM ACOMPANHANTE POR DETERMINAÇÃO INSTITUCIONAL (VELHO ET AL., 2012).

ESSE PANORAMA É FORTALECIDO POR DIVERSOS FATORES SENDO, O PRINCIPAL, A FALTA DE INFORMAÇÃO DA MAIORIA DAS GESTANTES SOBRE O TRABALHO DE PARTO E SUAS ETAPAS, DESCONHECENDO, INCLUSIVE, QUAIS AS VANTAGENS E DESVANTAGENS DO PARTO NATURAL OU CESÁREO; MESMO MULHERES COM GRAU DE INSTRUÇÃO MAIS ELEVADO CONHECEM APENAS SUPERFICIALMENTE AS ETAPAS E AÇÕES QUE OCORREM DURANTE O PARTO (FIGUEIREDO ET AL., 2010; SILVA, H. M.; RIBEIRO, C. D.; COSTA, A. R. 2011; ALMEIDA, N. A. M.; MEDEIROS, M.; SOUZA, M. R. 2012).

COM BASE NESSA REALIDADE E COMPREENDENDO A IMPORTÂNCIA DO PARTO PARA TODAS AS PESSOAS COMO UM MOMENTO ÚNICO NA VIDA, PRINCIPALMENTE PARA A MULHER, SUJEITO MAIS ENVOLVIDO NO PROCESSO, CONSIDERANDO TAMBÉM O FATO QUE AS EXPECTATIVAS DA MULHER EM RELAÇÃO AO PARTO PODEM INFLUENCIAR DIRETAMENTE A PARTURIÇÃO BUSCOU-SE CONHECER QUAIS OS SIGNIFICADOS E AS EXPECTATIVAS DE UM GRUPO DE PUÉRPERAS ACERCA DO PARTO NATURAL, SENDO ESTE CONHECIMENTO DE SUMA IMPORTÂNCIA PARA UM APRIMORAMENTO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO NATURAL.

METODOLOGIA

TRATA-SE DE UM ESTUDO EXPLORATÓRIO-DESCRITIVO, COM ABORDAGEM QUALITATIVA, CUJO CERNE CONSISTIU EM COMPREENDER OS SIGNIFICADOS E AS EXPECTATIVAS ACERCA DO PARTO NATURAL NA VISÃO DE PUÉRPERAS.

A PESQUISA FOI DESENVOLVIDA NO PERÍODO DE ABRIL À JUNHO DE 2014, NA RESIDÊNCIA DAS PUÉRPERAS CADASTRADAS NO SISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO (SISPRENATAL) DO MUNICÍPIO DE CASCAVEL – CE. PARTICIPARAM DO ESTUDO PUÉRPERAS, EM QUALQUER IDADE, CADASTRADAS SISPRENATAL DO MUNICÍPIO DE CASCAVEL QUE TIVERAM PARTO VAGINAL, PRIMÍPARAS E QUE ESTAVAM NO PUERPÉRIO. NO ENTANTO, FORAM EXCLUÍDAS DA PESQUISA AS PUÉRPERAS QUE FIZERAM USO DE ANESTESIA PERIDURAL E QUE TIVERAM PARTO CESARIANA.

A IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA DEU-SE POR MEIO DO SISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO (SISPRENATAL); FORAM CONSULTADAS AS DECLARAÇÕES DE NASCIDOS VIVOS, NA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO, DO MÊS DE ABRIL E POR MEIO DESTAS AS PARTICIPANTES FORAM SELECIONADAS E OBTIVEMOS OS DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E ENDEREÇO DA PUÉRPERA. EM SEGUIDA NOS DIRECIONAREMOS AO DOMICÍLIO PARA INICIARMOS A COLETA DE DADOS. A AMOSTRA DO ESTUDO FOI CONSTITUÍDA DE SETE MULHERES QUE ATENDERAM AOS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO. VALE RESSALTAR QUE O NÚMERO AMOSTRAL FOI COMPOSTA POR TODAS AS PUÉRPERAS DO MÊS DE ABRIL QUE CONTEMPLAVAM OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.

A COLETA DE DADOS FOI REALIZADA POR MEIO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM PERGUNTAS ABERTAS E FECHADAS QUE CONTINHAM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA PUÉRPERA, ALÉM DE QUESTIONAMENTOS SOBRE O SIGNIFICADO E AS EXPECTATIVAS DESSAS MULHERES SOBRE O PARTO. AS MESMAS FORAM GRAVADAS E, POSTERIORMENTE, TRANSCRITAS SEGUINDO A TÉCNICA DA ANÁLISE DE CONTEÚDO DE BARDIN, FAZENDO EMERGIR AS SEGUINTE CATEGORIAS: SENTIMENTOS E SIGNIFICADOS DO PARTO; EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO AO PARTO; E PERCEPÇÃO DAS PUÉRPERAS SOBRE A ASSISTÊNCIA DURANTE O TRABALHO DE PARTO. AS PARTICIPANTES RECEBERAM PSEUDÔNIMOS DE DEUSAS GREGAS NO INTUITO DE PRESERVAR O ANONIMATO.

OS PRECEITOS ÉTICOS E LEGAIS DE PESQUISA FORAM RESPEITADOS, CONFORME ESTABELECE CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – MINISTÉRIO DA SAÚDE, DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO Nº466/12 (BRASIL, 2012). O ESTUDO FOI APROVADO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR) SOB PARECER Nº 618.820/2014.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

SENTIMENTOS E SIGNIFICADOS DO PARTO

O PARTO, MOMENTO SINGULAR NA VIDA DE TODA MULHER É PERMEADO POR VÁRIOS SIGNIFICADOS QUE VAGUEIAM DESDE A MAIOR EXPRESSÃO DE FELICIDADE ATÉ TERRÍVEIS IMPRESSÕES DE SOFRIMENTO E DOR. QUANDO QUESTIONADAS A RESPEITO DO SIGNIFICADO DO PARTO EM SUAS VIDAS AS PARTICIPANTES DESTA ESTUDO DIVERGIRAM EM SUAS FALAS, RATIFICANDO O ASPECTO AMBÍGUO INTRÍNSECO AO PARTO COMO MOSTRAM AS FALAS A SEGUIR: “SIGNIFICOU TUDO NÉ PRA MIM... EU DAR À LUZ A MINHA FILHA, AVE MARIA... FOI TUDO PRA MIM, É MEU BEM QUERER (RISOS).” (HEBE); “BOM NÉ... PORQUE EU TIVE A EXPERIÊNCIA... TODAS JÁ TEM NÉ... FOI BOM.” (ÁRTEMIS); “FOI FELIZ NÉ... PRIMEIRA VEZ.” (DEMETER); “TRAUMÁTICO.” (RISOS) (GAIA); “MUITA DOR” (ATENA).

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

DE ACORDO COM ROSA ET AL. (2010), EXISTE UMA AMBIVALÊNCIA NAS PRIMEIRAS MANIFESTAÇÕES E NOS SENTIDOS RELACIONADOS AO PARTO, POIS AO MESMO TEMPO EM QUE SE CONSIDERA UM MOMENTO DE INTENSA ALEGRIA, PELA FINALIZAÇÃO DE UM PROCESSO E NASCIMENTO DE UMA CRIANÇA, TAMBÉM EXISTEM TENSÕES, AINDA QUE PASSAGEIRAS.

OS SENTIMENTOS E SIGNIFICADOS RELACIONADOS AO PARTO PODEM SER DESCRITOS COMO MEDO, ANSIEDADE, ALEGRIA, DESINFORMAÇÃO E INSEGURANÇA, SOLIDÃO, ABANDONO E DESPREPARO (FERREIRA ET AL. 2013).

A AMBIGUIDADE EXPOSTA NAS FALAS FUNDAMENTA-SE NAS VÁRIAS INTERFACES DO PARTO, APESAR DE SER UM PROCESSO FISIOLÓGICO E GERALMENTE FELIZ POR TRAZER AO MUNDO UMA NOVA VIDA, TAMBÉM PODE SER DIFÍCIL E CAUSAR SOFRIMENTO DEVIDO AS DORES QUE FAZEM PARTE DO PROCESSO E TAMBÉM AO MEDO OU INSEGURANÇA QUE ALGUMAS MÃES PODEM APRESENTAR.

PODE-SE PERCEBER QUE ALGUMAS PARTICIPANTES FOCAM NA DOR COMO ASPECTO PREPONDERANTE DO TRABALHO DE PARTO, O QUE REVELA UMA INVERSÃO DE SENTIDO, POIS APESAR DA DOR SER INERENTE A ESSE PROCESSO, NÃO DEVERIA SER ESTA A RESPONSÁVEL PELAS LEMBRANÇAS DA MÃE E SIM AS BOAS SENSações DEIXADAS PELO NASCIMENTO DO FILHO, PELO MOMENTO DE OLHAR A CRIANÇA PELA PRIMEIRA VEZ.

SEGUNDO LAMY E MORENO (2013), AS PRIMÍPARAS RELACIONAM A DOR DE FORMA MUITA INTENSA AO PARTO COM UM CONTORNO DE SOFRIMENTO TÃO PROFUNDO, QUE ALGUMAS DELAS, SE NEGAM A PENSAR NO ASSUNTO, RELACIONANDO-O DE CERTA FORMA COM A MORTE. ISSO PODE SER NOTADO NAS FALAS: “SEI LÁ... COMO ASSIM? AH... MEDO... UM TRAUMA, FIQUEI COM TRAUMA.” (ATENA); “EU SENTI SÓ A DOR E AÍ SAÍ COM TUDO DA CAMA... EU FICAVA GRITANDO QUE QUERIA CESÁREA” (HERA).

A DOR É UMA CARACTERÍSTICA INDISSOCIÁVEL DO PROCESSO DE PARIR, CONTUDO PARA ALGUMAS PARTICIPANTES A ALEGRIA DE TER UM FILHO SE SOBREPÔS À DOR, O QUE INSTITUIU AO PARTO UMA CONOTAÇÃO POSITIVA, COMO É POSSÍVEL PERCEBER NAS SEGUINTEs FALAS: “DOEU NÉ. MAS A DOR SÓ É NA HORA” (ÁRTEMIS); “A DOR ERA RUIM, MAS DEPOIS QUE ELE NASCEU FOI BOM” (DEMETER).

EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO AO PARTO

AS SENSações DESCRITAS PELAS PUÉRPERAS PODEM REFLETIR UMA VISÃO COLETIVA DO TRABALHO DE PARTO, TENDO EM VISTA QUE ESSE É UM ASSUNTO QUE GERA DISCUSSÕES NO UNIVERSO FEMININO. MUITAS VEZES AS PERCEPÇÕES NEGATIVAS DE OUTRAS MULHERES PODEM CAUSAR MEDO DO PARTO NATURAL ÀQUELAS QUE AINDA NÃO VIVENCIARAM A EXPERIÊNCIA.

SEGUNDO OLIVEIRA ET AL. (2012), AS MULHERES POSSUEM DIVERSAS EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO AO PARTO, NO ENTANTO AGUARDAM PELO BOM RESULTADO, O QUE SIGNIFICA PARA ELAS UM PARTO TRANQUILO, LIVRE DE PREOCUPAÇÕES, DE PREFERÊNCIA NATURAL, FÁCIL, RÁPIDO, SEM INTERCORRÊNCIAS, QUE A CRIANÇA SEJA SAUDÁVEL E PRINCIPALMENTE QUE NÃO SINTA MUITA DOR.

APESAR DE ESPERAREM UM RESULTADO POSITIVO, AS PARTICIPANTES REVELAM QUE O FATOR DOR É RECORRENTE EM SEUS PENSAMENTOS RELACIONADOS AO TRABALHO DE PARTO, MUITAS VEZES ESTA É TÃO INTENSA QUE SUPERA O ESPERADO PELAS MULHERES.

AS FALAS DAS PARTICIPANTES ILUSTRAM ALGUMAS DAS EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO AO PARTO: “ASSIM NÉ... ACHEI QUE ELA VIESSE LOGO, NASCESSE LOGO.” (HERA); “IMAGINAVA QUE NÃO SERIA AQUELA COISA TÃO HORRÍVEL... SEI LÁ... UMA DOR INSUPORTÁVEL”. (ATENA); “EU IMAGINAVA QUE IA DOER MUITO... DOEU NÉ”. (ÁRTEMIS).

AS PUÉRPERAS DEMONSTRARAM QUE O ESPECTRO DA DOR ESTÁ ENRAIZADO NO IMAGINÁRIO FEMININO E QUE AS EXPECTATIVAS SE CONCENTRAM EM TORNO DESSE FATO, NO MEDO DO SOFRIMENTO RELACIONADO A DOR, ASSIM COMO NO TEMPO DE DURAÇÃO DO PROCESSO; AS PARTURIENTES ALMEJAM QUE SEJA RÁPIDO PARA QUE ASSIM POSSAM CESSAR AS DORES AS QUAIS TANTO TEMEM.

A IDEIA DA DOR É REFERIDA INÚMERAS VEZES PELAS MULHERES, AS MESMAS SE REFEREM AO ‘MEDO DO PARTO’, DEVIDO AS DORES QUE ACREDITAM QUE IRÃO EXPERIMENTAR DURANTE A PARTURIÇÃO (FIGUEIREDO ET AL., 2010).

AS MULHERES TAMBÉM DEMONSTRAM QUE SEUS ANSEIOS ESTÃO INTERLIGADOS A OPINIÕES QUE RECEBERAM DURANTE A GESTAÇÃO, OU SEJA, A EXPECTATIVA É ALGO CULTURAL, RELACIONADO A GRUPOS FAMILIARES, AMIGOS E HISTÓRIAS QUE SÃO REPASSADAS POR TERCEIROS, COMO É POSSÍVEL NOTAR NAS FALAS SEGUINTEs: “EU NUM IMAGINAVA... JÁ TINHAM ME DITO NÉ QUE ERA DIFÍCIL.” (DEMETER); “O PESSOAL NÉ... QUE DIZ QUE PRA TER MENINO É MUITO DIFÍCIL NÉ... ESSE MOMENTO.” (GAIA).

LAGOMARSINO ET AL. (2013), AFIRMAM QUE AS PARTURIENTES SE FUNDAMENTAM PRINCIPALMENTE NA OPINIÃO DAS MÃES PARA DECIDIEM O TIPO DE PARTO QUE PRETENDEM TER, ASSIM COMO SUA VISÃO SOBRE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO É FORTEMENTE INFLUENCIADA PELAS VIVÊNCIAS DOS MEMBROS DA FAMÍLIA E AMIGOS.

PERCEPÇÃO DAS PUÉRPERAS SOBRE A ASSISTÊNCIA DURANTE O TRABALHO DE PARTO

NESSA CATEGORIA ESTÃO EXPRESSOS OS SENTIMENTOS E OPINIÕES DAS PARTICIPANTES SOBRE A ASSISTÊNCIA RECEBIDA DURANTE O TRABALHO DE PARTO, INCLUINDO ASPECTOS COMO ESTRUTURA, PROFISSIONAIS E AMBIÊNCIA.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

ENTRE AS FALAS DAS PARTICIPANTES, PODEMOS DESTACAR ALGUMAS VOLTADAS PARA A QUESTÃO DA ESTRUTURA, FATOR DETERMINANTE PARA A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA: “PODIA SER UMA CAMA MELHOR... ERA MUITO DURA E MUITA ALTA PRA PESSOA SE LEVANTAR... FALTOU ENERGIA... FOI DEPOIS QUE ELE NASCEU, MAS DEMOROU A VOLTAR...” (GAIA); “EU ACHO QUE MERECIA SER OUTRA BATA MELHOR NÉ... A SALA NÉ... AH PORQUE ALI NO HOSPITAL TEM AS SALAS MAIS ADEQUADAS NÉ... MAS BOA PRA PESSOA TÁ E OUTRA NÃO.” (HEBE).

SEGUNDO BUSANELLO ET AL. (2011) A QUALIDADE DAS CONDIÇÕES ESTRUTURAIS DO CENTRO OBSTÉTRICO É UMA CONDIÇÃO IMPRESCINDÍVEL PARA QUE SEJA DESENVOLVIDA UMA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA, VOLTADA PARA O RESPEITO À INTEGRIDADE DA MULHER.

A FALTA DE UMA INFRAESTRUTURA ADEQUADA PODE, INCLUSIVE, DIFICULTAR A EFETIVAÇÃO DA HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE, ACARRETANDO PROBLEMAS COMO CARÊNCIA DE LEITOS, NÚMERO INSUFICIENTE DE FUNCIONÁRIOS, FALTA DE ESPAÇO PARA ACOMODAR MÃES, BEBÊS E ACOMPANHANTES (SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011).

OUTRO FATOR DETERMINANTE PARA A SATISFAÇÃO DAS MULHERES SOBRE A ASSISTÊNCIA QUE RECEBERAM É O DESEMPENHO DOS PROFISSIONAIS QUE A ASSISTIRAM NESSE MOMENTO SINGULAR DE SUAS VIDAS, SENDO ESSENCIAL O DESENVOLVIMENTO DE UMA RELAÇÃO EMPÁTICA ENTRE ESTES. AS FALAS SEGUINTE EXPRESSAM A VISÃO QUE AS PARTICIPANTES DESENVOLVERAM A RESPEITO DESSES PROFISSIONAIS: “A ENFERMEIRA ERA EDUCADA, FICAVA COM A GENTE... GOSTEI MUITO FOI DAS ENFERMEIRAS... PORQUE ELAS ERAM MAIS LEGAIS.” (AFRODITE); “NA HORA DA DOR... AÍ EU PULEI DA CAMA E FUI PRO CHÃO. EU SENTI SÓ A DOR E AÍ SAÍ COM TUDO DA CAMA (RISOS)... SÓ UMA MUIÉ LÁ QUE FALOU BRUTO COMIGO... SÓ UMA. NA HORA QUE EU TAVA NO CHÃO, ELA PUXOU EU COM TUDO DO CHÃO. EU COM DOR NÉ... AÍ AINDA VEIO ELA ME PUXANDO, EU DISSE NUM ME PUXE NÃO... FALEI BRUTO COM ELA E ELA... VOCÊ NÃO VAI TER ESSA CRIANÇA NO CHÃO NÃO, VÁ PRA CAMA.” (HERA).

PERCEBE-SE QUE, A EMPATIA DOS PROFISSIONAIS EM RELAÇÃO ÀS MULHERES ESTÁ EM FALTA EM MUITOS CASOS, OS MESMOS NÃO LEVAM EM CONSIDERAÇÃO AS NECESSIDADES DAS PACIENTES, TRATANDO-AS DE MANEIRA FRIA E SUPERFICIAL, POR VEZES ATÉ GROSSEIRA, FAZENDO COM QUE AS PACIENTES SINTAM-SE HOSTILIZADAS PELA EQUIPE.

DE ACORDO COM FRANCISQUINI ET AL. (2010) É DE SUMA IMPORTÂNCIA A MULHER SENTIR-SE SEGURA COM A EQUIPE QUE ESTÁ ASSISTINDO-A, INDEPENDENTEMENTE DO TIPO DE PARTO A SER REALIZADO, POIS O NASCIMENTO SE TRADUZ NUM EVENTO MUITO IMPORTANTE PARA A FAMÍLIA, E TODOS, DESDE A PARTURIENTE ATÉ AS PESSOAS QUE ESTÃO AGUARDANDO O NASCIMENTO, NECESSITAM DE ATENÇÃO E CUIDADO POR PARTE DA EQUIPE.

A DESATENÇÃO DOS PROFISSIONAIS FOI REFERIDA PELAS PACIENTES POR DIVERSAS VEZES, ENFATIZANDO SEMPRE QUE EM UM FUTURO PARTO GOSTARIAM DE SER ASSISTIDAS POR PROFISSIONAIS MAIS ATENCIOSOS, QUE CONVERSASSEM MAIS E ESTIVESSEM MAIS PRESENTES NO TRABALHO DE PARTO, ALÉM DE OFERECER MAIS ORIENTAÇÕES ACERCA DO TRABALHO DE PARTO, COMO PERCEBEMOS NAS FALAS A SEGUIR: “CONVERSAR NÉ COM A PACIENTE, EXPLICAR DIREITO... TEM MUITOS LÁ QUE VER VOCÊ ALI E ACHA QUE TÁ SÓ CUMPRINDO AQUELA OBRIGAÇÃO DE FAZER O TRABALHO E PRONTO, NÃO CONVERSA NÉ... MAL CONVERSAVAM COMIGO, MAL FALAVA.” (HEBE); “FALARAM NADA NÃO... SÓ FALARAM QUANDO TAVA PERTO DE NASCER MESMO... AÍ DISSERAM” (AFRODITE).

PERCEBE-SE QUE OS PROFISSIONAIS NÃO INTERAGEM COM AS PARTURIENTES, CONVERSAM ENTRE SI SOBRE OUTROS ASSUNTOS E NÃO RESPEITAM O MOMENTO QUE DEVE SER DA MULHER E TAMBÉM DO BEBÊ, ELES AGEM COMO SE O TRABALHO QUE ESTÃO EXERCENDO FOSSE INDEPENDENTE DA PACIENTE E DE SUA VONTADE, CONDUZEM O TRABALHO DE PARTO DA MANEIRA COMO QUEREM, SEM SEQUER OUVIR OU EXPLICAR O PROCESSO A MULHER.

OS DISCURSOS DAS MÃES EVIDENCIAM QUE OS PROFISSIONAIS MANIFESTAVAM-SE, VERBALMENTE, APENAS PARA SOLICITAR QUE A MULHER NÃO GRITASSE OU QUE COLOCASSE MAIS FORÇA. NÃO FOI RELATADA PELAS PUÉRPERAS NENHUMA ORIENTAÇÃO RECEBIDA QUANTO A PROCEDIMENTOS, USO DE ALGUMA MEDICAÇÃO NECESSÁRIA, BEM COMO TAMBÉM NÃO FOI IDENTIFICADO NAS FALAS A PRESENÇA DE PALAVRAS OU AÇÕES DE APOIO POR PARTE DA EQUIPE. AS ORIENTAÇÕES NO MÁXIMO REFERIRAM-SE A DOR, E AINDA ASSIM DE FORMA ERRÔNEA, POIS A EQUIPE, MUITAS VEZES, ASSUSTA A PARTURIENTE COM ASSOCIAÇÃO ENTRE A DOR E OS GRITOS DA MESMA: “DISSE QUE ERA NORMAL A DOR, QUE NÃO GRITASSE... QUANTO MAIS EU GRITASSE AÍ QUE A DOR APERTAVA, SÓ. FALARAM NADA NÃO.. SE IDENTIFICARAM... DISSERAM QUE IA FAZER O PARTO... SÓ. DISSERAM QUE QUANDO EU FOSSE TER EU ABRISSE AS PERNAS, NÃO FECHASSE... QUE QUANTO MAIS FECHASSE MAIS FALTAVA FORÇA, A CRIANÇA VOLTAVA PRA TRAZ E NÃO NASCIA... (ÁRTEMIS); “SÓ DISSERAM QUE EU NÃO GRITASSE... PORQUE PODIA O BEBÊ FICAR SUBINDO... EU ACHO QUE ERA... ELES FICAVAM TUDO LÁ NO CANTO DELES. (GAIA).

OLIVEIRA ET AL. (2011) RESSALTA QUE A SENSACÃO DA DOR É NATURAL AO PROCESSO DE PARIR, PORÉM É INFLUENCIADA POR FATORES EXÓGENOS, COMO INSEGURANÇA, MEDO, SOLIDÃO. OS AUTORES ENFATIZAM AINDA QUE A DOR É FATOR CRUCIAL PARA A CLASSIFICAÇÃO DO PARTO COMO UMA EXPERIÊNCIA NEGATIVA E DEVIDO A ESTA, MUITAS MULHERES PASSAM A ALIMENTAR O DESEJO DE REALIZAR CESARIANAS EM PARTOS FUTUROS.

CONCLUSÃO

DIANTE DOS RESULTADOS OBTIDOS NO ESTUDO, PERCEBE-SE QUE O PARTO, MOMENTO ESTE DE IMENSA VARIEDADE DE SENTIDOS PARA TODAS AS CIVILIZAÇÕES É, SEM DÚVIDA, UM EVENTO MARCANTE POR NATUREZA. CONTUDO, INFELIZMENTE, NEM SEMPRE O QUE MARCA ESTE MOMENTO E O FAZ FICAR REGISTRADO NA MEMÓRIA DAS MÃES É A ALEGRIA DE RECEBER SEU FILHO, MUITAS VEZES O QUE TORNA ESSE ACONTECIMENTO INESQUECÍVEL SÃO AS ANGÚSTIAS VIVENCIADAS EM SEU PERCURSO, SÃO AS DÚVIDAS, O SENTIMENTO DE ABANDONO, SOLIDÃO E DOR.

ENTENDE-SE QUE O SIGNIFICADO DO PARTO E TAMBÉM AS EXPECTATIVAS DA MULHER RELACIONADAS A ESTE PROCESSO, MUITAS VEZES SÃO FORTEMENTE INFLUENCIADOS PELA CULTURA NA QUAL AS PACIENTES ESTÃO INSERIDAS E QUE A DOR TORNA-SE A GRANDE PROTAGONISTA DESSE MOMENTO, UMA VEZ QUE O IMAGINÁRIO DAS MULHERES É HABITADO PELO ESPECTRO DA DOR DO PARTO DURANTE TODA A GESTAÇÃO E É SOBRE ESTA QUE SE CONCENTRAM AS EXPECTATIVAS DA PARTURIENTE.

OS SIGNIFICADOS E AS EXPECTATIVAS EVIDENCIADAS PELAS PUÉRPERAS EM RELAÇÃO AO PARTO NOS PROPORCIONARAM UMA VISÃO DO PARTO POR UM PRISMA DIFERENTE DO PROFISSIONAL, POR MEIO DO OLHAR DAS MÃES. NO ENTANTO, OS PROFISSIONAIS POSSUEM UMA FUNÇÃO MUITO IMPORTANTE DE EDUCAR E PREPARAR A MULHER PARA ESSE MOMENTO DE FORMA VERDADEIRA E SENSÍVEL, DE MODO QUE A MESMA NÃO SE DECEPCIONE OU SE FRUSTRE COM O PARTO. CABE AOS PROFISSIONAIS TAMBÉM OFERECER UMA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA E HOLÍSTICA, POIS AS LEMBRANÇAS DESSE MOMENTO PERPETUARÃO EM SUAS MEMÓRIAS, ASSIM COMO SERÃO TRANSMITIDAS A OUTRAS MULHERES.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N. A. M.; MEDEIROS, M.; SOUZA, M. R. PERSPECTIVAS DE DOR DO PARTO NORMAL DE PRIMIGESTAS NO PERÍODO PRÉ-NATAL. TEXTO CONTEXTO ENFERM. FLORIANÓPOLIS, 2012 OUT-DEZ; 21(4): 819-27.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. BRASÍLIA – DF, 2012.

BUSANELLO, J. ET AL. ATENÇÃO HUMANIZADA AO PARTO DE ADOLESCENTES: ANÁLISE DAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS EM UM CENTRO OBSTÉTRICO. REV BRAS ENFERM, BRASÍLIA SET-OUT; 64(5): 824-32, 2011.

FERREIRA, A. G. N. ET AL. HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO: ACOLHER A PARTURIENTE NA PERSPECTIVA DIALÓGICA DE PAULO FREIRE. REV ENFERM UFPE ONLINE, RECIFE, 7(5):1398-405, MAIO, 2013.

FIGUEIREDO, N. S. V. ET AL. FATORES CULTURAIS DETERMINANTES DA ESCOLHA DA VIA DE PARTO POR GESTANTES. HU REV. JUIZ DE FORA, V. 36, N. 4, P. 296-306, OUT./DEZ. 2010.

FRANCISQUINI, A. R.; HIGARASHI, I. H.; SERAFIM, D.; BERCINI, L. O. ORIENTAÇÕES RECEBIDAS DURANTE A GESTAÇÃO, PARTO E PÓS-PARTO POR UM GRUPO DE PUÉRPERAS. CIENC CUID SAUDE OUT/DEZ; 9(4):743-751, 2010.

LAGOMARSINO, B. S.; VAN DER SAND, I. C. P.; GIRARDON-PERLIN, N. M. O.; LINCK, C. L.; RESSEL, L. B. A CULTURA MEDIANDO PREFERÊNCIAS PELO TIPO DE PARTO: ENTRELAÇAMENTO DE FIOS PESSOAIS, FAMILIARES E SOCIAIS. REV MIN ENFERM. JUL/SET; 17(3): 680-687, 2013.

LAMY, G. O.; MORENO, B. S. ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E PREPARO PARA O PARTO. OMNIA SAÚDE, V.10, N.2, P.19-35, 2013.

OLIVEIRA, F. L. C. ET AL. NÍVEL DE RUÍDO EM SALA DE PARTO. TEXTO CONTEXTO ENFERM., FLORIANÓPOLIS, ABR-JUN; 20(2): 287-93, 2011.

OLIVEIRA, K. K. D. ET AL. CONCEPÇÃO DAS NULÍPARAS SOBRE O TRABALHO DE PARTO E O PARTO. R. PESQ.: CUID. FUNDAM. ONLINE JUL./SET. 4(3):2627-35, 2012.

RAMALHO, A. A. A EXPERIÊNCIA DE SENTIR-SE RESPEITADA DURANTE O TRABALHO DE PARTO NO HOSPITAL. 2009. TESE (DOUTORADO EM ENFERMAGEM) – ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA. UNIVERSIDADE DE LISBOA.

ROSA, R. ET AL. MÃE E FILHO: OS PRIMEIROS LAÇOS DE APROXIMAÇÃO. ESC ANNA NERY REV ENFERM 2010 JAN-MAR; 14 (1): 105-12.

SILVA, H. M.; RIBEIRO, C. D.; COSTA, A. R. ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES: NÍVEL DE INFORMAÇÃO E INFLUÊNCIAS DE FAMILIARES, AMIGOS E DA MÍDIA PARA A DECISÃO DO TIPO DE PARTO. CONEXÃO CIÊNCIA (ONLINE), V.6, N.1, 2011. DISPONÍVEL EM: <[HTTP://PERIODICOS.UNIFORMG.EDU.BR:21011/INDEX.PHP/TESTECONEXAOCIENCIA/ARTICLE](http://periodicos.uniformg.edu.br:21011/index.php/testeconexaociencia/article)> ACESSO EM: 17 OUT. 2013.

SOUZA, T. G.; GAÍVA, M. A. M.; MODES, P. S. S. A. A HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NA ATENÇÃO AO PARTO. REV GAÚCHA ENFERM., PORTO ALEGRE (RS) SET; 32(3):479-86, 2011.

VELHO, M. B. ET AL. VIVÊNCIA DO PARTO NORMAL OU CESÁREO: REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE A PERCEPÇÃO DE MULHERES. TEXTO CONTEXTO ENFERM., FLORIANÓPOLIS, 2012 ABR-JUN; 21(2): 458-66.

WOLFF, L. R.; WALDOW, V. R. VIOLÊNCIA CONSENTIDA: MULHERES EM TRABALHO DE PARTO E PARTO. SAÚDE SOC. SÃO PAULO, V.17, N.3, P.138-151, 2008.

AGRADECIMENTOS

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

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UMA CRIANÇA CARDÍACA E COM SÍNDROME DE DOWN.

Autor 1- Silvana Sousa (Apresentador) – Faculdades INTA- E-mail: silvanalima000@gmail.com

Autor 2 - Adão Robson Martins Nobre- Faculdades INTA.

Autor 3 - Anderlane Sara de Sousa Paiva - Faculdades INTA.

Autor 4 - Karine Martins Nobre- Faculdades INTA.

Autor 5 - Maria Aline Alves Pereira - Faculdades INTA.

Autor 6 - Antonia de Maria Gomes Paiva – (Orientador) - Universidade Estadual Vale do Acaraú- UVA.

Palavras chave: Enfermagem. Síndrome de Down. Assistência de enfermagem.

Resumo

A Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) é uma condição de sobrecarga hídrica associada à incapacidade do coração de bombear sangue suficiente para atender às necessidades teciduais de oxigênio e nutrientes, é considerada um problema de saúde pública no mundo inteiro. A Síndrome de Down é a alteração cromossômica (cromossomopatia) mais comum em humanos e a principal causa de deficiência intelectual na população. Objetivo: Realizar a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) baseada na teoria das necessidades básicas humanas de Wanda Horta, utilizando o processo de enfermagem como referencial para o cuidado da paciente em questão. Metodologia: Trata-se de um estudo de caso, realizado no mês de fevereiro de 2014 com uma criança com síndrome de Down e insuficiência cardíaca congestiva, em um Hospital de referência da Zona Norte do estado do Ceará, localizado na cidade de Sobral. Resultados: A realização e aplicação da SAE foi realizada no caso estudado, promovendo a melhoria na qualidade de vida da paciente através dos cuidados de enfermagem prestados, baseados nos diagnósticos e intervenções de enfermagem que foram realizados. Conclusão: O estudo destaca a importância da eficácia dos cuidados oferecidos pelo enfermeiro, seja na prevenção, cuidado ou recuperação, podemos afirmar que a teoria das necessidades humanas básicas contribui para fundamentar a prática do enfermeiro e o ensino do processo de enfermagem. O cliente é o centro do processo do cuidar em enfermagem, destacando-se a influência da SAE na prática de enfermagem e do envolvimento familiar, reconhecendo o valor da família para promover o autocuidado ao cliente.

Introdução

A Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) é uma condição de sobrecarga hídrica (congestão) associada à insuficiência cardíaca (IC) que é a incapacidade do coração de bombear sangue suficiente para atender às necessidades teciduais de oxigênio e nutrientes, os sinais e sintomas de congestão pulmonar e sistêmica podem ou não estar presentes. (BRUNNER; SUDDARTH, 2009). Ainda segundo Brunner e Suddarth (2009), a Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) é considerada um problema de saúde pública no mundo inteiro, e nas últimas três décadas tem aumentado tanto sua incidência quanto prevalência. Sabe-se que não existe uma causa única para a ICC e, sim, fatores que aumentam a probabilidade de sua ocorrência, como os denominados fatores de risco cardiovascular. Entre esses, os principais são hipertensão arterial, dislipidemia (colesterol alto), tabagismo, diabetes mellitus, sedentarismo, obesidade, hereditariedade e estresse. A ICC geralmente não progride de forma lenta, ao contrário, segue uma série de etapas abruptas de piora, que evoluem até a descompensação aguda. Entretanto, quando as condições precipitantes são controladas e o tratamento é intensificado, os pacientes podem permanecer estáveis por meses ou anos. O tratamento do paciente com ICC tem objetivo a curto e longo prazo. Em curto prazo o objetivo é melhorar a hemodinâmica e aliviar os sintomas, em longo prazo, é melhorar a qualidade de vida e prolongar a sobrevida do paciente, retardando, interrompendo ou revertendo a progressão da disfunção ventricular (ARAÚJO; NÓBREGA; GARCIA, 2013). Ainda segundo Araújo, Nóbrega e Garcia, (2013) atuar com ênfase ao apoio e tratamento dessa doença tem feito da ação do enfermeiro um destaque nas últimas décadas, uma vez que o tratamento não farmacológico tem demonstrado ser cada vez mais importante, justificando o desenvolvimento de clínicas e programas de apoio aos doentes com insuficiência cardíaca. A inserção de enfermeiros em um ambiente que permite a prática profissional voltada para o ensino e a pesquisa baseados em evidências que fundamentem a assistência, determina

que o cuidado sistematizado reduza o impacto negativo dos desfechos cardiovasculares mediante suas complicações. Para implementar o cuidado de enfermagem de forma sistematizada deve-se lançar mão do processo de enfermagem e dos sistemas de classificações dos elementos da prática de enfermagem. Segundo o Ministério da Saúde (2012), a Síndrome de Down (SD) ou trissomia do 21 é uma condição humana geneticamente determinada, é a alteração cromossômica (cromossomopatia) mais comum em humanos e a principal causa de deficiência intelectual na população. A presença do cromossomo 21 extra na constituição genética determina características físicas específicas e atraso no desenvolvimento. Sabe-se que as pessoas com SD quando atendidas e estimuladas adequadamente, têm potencial para uma vida saudável e plena inclusão social. As diferenças entre as pessoas com SD, tanto do aspecto físico quanto de desenvolvimento, decorrem de aspectos genéticos individuais, intercorrências clínicas, nutrição, estimulação, educação, contexto familiar, social e meio ambiente. O cuidado com a saúde da criança com SD inicialmente deve estar focado no apoio e informação à família, no diagnóstico das patologias associadas. Após esta fase inicial a terapêutica inclui a estimulação global, imunização, estímulo ao aleitamento materno e manutenção da saúde com acompanhamento periódico. O ecocardiograma é solicitado tendo em vista que 50% das crianças apresentam cardiopatias, mesmo sem ausculta de sopros cardíacos, sendo as mais comuns: comunicação interatrial, comunicação interventricular e defeito do septo atrioventricular total. Caso o primeiro exame esteja normal não é necessário repeti-lo. As crianças com cardiopatia devem ser acompanhadas por um cardiologista (BRASIL, 2012). A maioria das crianças com SD apresenta constantes resfriados e pneumonias de repetição. Isto se deve a uma predisposição imunológica e à própria hipotonia da musculatura do trato respiratório. O ideal é trabalhar na prevenção das doenças respiratórias. A equipe de enfermagem deve dar atenção ao calendário de vacinação para crianças com SD segue do Programa Nacional de Imunização, incluindo as seguintes vacinas de anti-Varicela aos 12 meses de idade com dose de reforço aos 4 anos e Hepatite A também aos 12 meses com reforço aos 18 meses.

Metodologia

Estudo de caso do tipo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa, objetivando a aplicação do processo de enfermagem baseado na Teoria das necessidades humanas básicas de Wanda Horta, o estudo busca identificar os possíveis diagnósticos de enfermagem aplicáveis para a referida cliente, baseado nos diagnósticos de enfermagem da NANDA, bem como criar um plano de cuidados que visem a melhoria da qualidade de vida do cliente. A pesquisa descritiva, busca proporcionar maior familiaridade com o problema, pode envolver levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas experientes no problema pesquisado. Exploratória, busca familiarização com o problema em questão, podendo ser necessário realizar um levantamento bibliográfico com pessoas com conhecimento no problema da pesquisa, podendo ser através de entrevistas ou de inúmeras outras formas. A abordagem qualitativa deu-se devido à preocupação de se estabelecer um contato direto com os portadores de hipertensão arterial sistêmica (GIL, 2008). A realização da coleta de dados se deu em um hospital de referência da zona norte do estado do Ceará, entre os dias 21 e 25 de fevereiro de 2014, durante o estágio supervisionado I do curso de enfermagem das Faculdades INTA de Sobral. O estudo foi realizado com uma criança tendo a mesma dado entrada no referido hospital apresentando dispnéia intensa, recentemente tratada por pneumonia, com comorbidade cardíaca diagnosticada com insuficiência cardíaca - ICC, sendo também portadora de Síndrome de Down. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados da paciente foram: Prontuário, entrevista aberta com a genitora da paciente, preenchimento de um Histórico de enfermagem da instituição fornecido pela enfermeira do setor e roteiro de Avaliação física pediátrica. A coleta de dados se deu após o esclarecimento das etapas, finalidades e princípios do estudo para a genitora da criança escolhida para a realização do trabalho, bem como após seu consentimento, lhe sendo garantidos os direitos ao anonimato e a escolha da participação espontânea no estudo, sendo facultativa ao responsável da criança sua participação no presente estudo. O estudo também obteve a autorização da enfermeira do setor para a realização do estudo.

Resultados e Discussão

Criança E.C.M.N., com 02 anos e 03 meses, sexo feminino, chega acompanhada por sua genitora na intermediária pediátrica do hospital, no eixo vermelho, sua mãe, S.M.M., 21 anos, do lar, residente no bairro Estação da cidade de Cariré. Criança admitida no dia 20 de fevereiro de 2014, com classificação de risco: Laranja com Glasgow de escore 15, apresentando taquipnéia há 01 dia e relato de cianose de extremidades há 02 horas segundo genitora, tendo recebido alta hospitalar do mesmo hospital há 01 dia por tratamento de pneumonia, abdômen distendido e sem evacuações. Com o esquema vacinal em dias. Peso: 10,5 kg. Sinais vitais: T: 36.9°C; FC: 142 bpm; FR: 58 irpm; SatO₂: 90%.

EVOLUÇÕES DE ENFERMAGEM

- Criança chorando no momento da consulta, mãe relata que a mesma apresentou cansaço respiratório há 01 dia e há 02 horas apresenta coloração azulada em mãos e pés, nega outras queixas. Mãe refere cardiopatia em criança. Apresentando esforço respiratório aumentado. Ao exame: EGB, corada e hidratada.

- Criança do sexo feminino, 2 anos, cardiopata, portadora de síndrome de Down, vem em companhia de genitora com referência de cansaço. A mesma recebeu alta hospitalar ontem do HRN, onde fazia tratamento para pneumonia. No momento acracianótico, hidratada, AR: MV + RA, apresentando TSC.

Aguarda realizar Rx de tórax PA e lateral.

- Criança, 2 anos, portadora de síndrome de Down e cardiopatia. Encontra-se em repouso no leito com sua mãe, calma, reativa ao toque, acianótica, respirando em ar ambiente com SatO²: 95%, FC: 89 bpm. Deu entrada ontem por apresentar cianose e desconforto respiratório, porém segue estável sem apresentar sinais de alteração.

- Criança cardiopata, portadora de síndrome de Down, evolui em repouso no leito, hidratada, acianótica, eupneica, normocorada, afebril, aceita bem a dieta oferecida. Com eliminações fisiológicas presentes. SSVV: FC: 124 bpm, T: 36.4°C, FR: 28, SatO²: 99% em ar ambiente. Genitora nega dispnéia e refere bom estado geral da paciente, recebe alta hospitalar.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM – SAE

A teoria abordada no presente estudo é a teoria das necessidades humanas Básicas de Wanda Horta. Na teoria de Horta, estar com saúde é estar com as necessidades equilibradas, de forma dinâmica, no tempo e no espaço, mas observa-se que não há clareza quanto ao sindicativos de qualidade e quantidade da satisfação das necessidades para um indivíduo no que se refere ao estado de equilíbrio dinâmico. Consequentemente, a doença seria um estado de desequilíbrio de tais necessidades do ser humano e deste com o mundo à sua volta, o que geraria os problemas de enfermagem: estados de desconforto, insatisfação e necessidade da assistência profissional da Enfermagem. Uma das funções essenciais da enfermagem é oferecer cuidados de qualidade à determinados indivíduos com problemas de saúde, afim de que possa promover uma melhor qualidade de vida ao paciente, atingindo o potencial máximo da saúde do indivíduo. O enfermeiro como parte integrante da equipe de saúde, mantém estados de equilíbrio, previne estados de desequilíbrio e transforma os desequilíbrios em equilíbrio, através da assistência prestada ao cliente, no atendimento de suas necessidades humanas básicas, assistindo-o em sua totalidade, com olhar holístico no ser doente, mas não focando em sua doença, mas nos seus anseios, em seus desequilíbrios, e oferecendo os cuidados específicos da enfermagem. Assistir é fazer pelo indivíduo com desequilíbrios aquilo que ele não pode fazer por si mesmo para reverter o seu quadro de saúde, oferecendo cuidados humanizados, ajudando ou auxiliando quando o cliente possa estar totalmente ou parcialmente impossibilitado de se autocuidar; assistir é ajudar, é fazer, é orientar e encaminhar o cliente a fim de atender suas necessidades, portanto o enfermeiro deve realizar ações de enfermagem visando uma assistência integral e eficaz, bem como oferecer cuidados para o paciente que não pode realizar o autocuidado, para que os pacientes com insuficiência cardíaca realizem suas atividades diárias com qualidade e equilíbrio.

Diagnóstico de Enfermagem: Dispnéia intensa e cianose periférica.

- **Problema Identificado:** Troca de gases prejudicada definido por dispnéia relacionado com desequilíbrio na ventilação-perfusão.

- **Plano de Cuidados:** Administrar oxigenoterapia conforme prescrito, elevar a cabeceira do leito, auscultar os sons respiratórios, observando as áreas de ventilação diminuídas ou ausentes e a presença de ruídos adventícios e dar atenção ao desmame de O².

- **Resultados Esperados:** Pulmões limpos e frequência e esforço respiratórios normais.

- **Avaliação de Enfermagem:** Objetivos alcançados: realizado desmame adequado de O², criança apresenta-se eupneica e sem esforço respiratório visível.

Diagnóstico de Enfermagem: Abdome distendido e ausência de evacuações.

- **Problema Identificado:** Constipação definido por abdome distendido relacionado à mudança nos padrões alimentares.

- **Plano de Cuidados:** Fornecer alimentações pequenas e frequentes conforme prescrição e de acordo com sua condição clínica, dar atenção ao estresse da criança em relação aos procedimentos realizados (Clister).

- **Resultados Esperados:** Oferecer conforto à criança, devido ao incomodo e irritabilidade provocado pelo procedimento realizado.

- **Avaliação de Enfermagem:** Objetivo parcialmente alcançado devido o grande desconforto do procedimento.

Diagnóstico de Enfermagem: Criança já com 2 anos de idade, só deambula com auxílio.

- **Problema Identificado:** Deambulação prejudicada relacionado à incapacidade de deambular sem auxilio evidenciado pelo desequilíbrio.

- **Plano de Cuidados:** Proporcionar atividades lúdicas que exijam gasto limitado de energia.

- **Resultados Esperados:** Melhor desenvolvimento motor da criança, e participar de atividades recreativas normalmente.

- **Avaliação de Enfermagem:** Objetivo não alcançado, criança apresenta instabilidade postural relacionado ao atraso de se desenvolvimento devido a síndrome de Down.

Diagnóstico de Enfermagem: Mãe relata que a criança não verbaliza com facilidade, embora tenha 02 anos de idade, só conhece algumas palavras e comandos básicos (Mãe, Pai, Não.)

- **Problema Identificado:** Comunicação verbal prejudicada definido por dificuldade em verbalizar evidenciado por idade.

- **Plano de Cuidados:** Encaminhar a criança para profissional fonoaudiólogo e acompanhar a curva de crescimento da criança.

- **Resultados Esperados:** Estimular a criança a verbalizar com mais facilidade.

- **Avaliação de Enfermagem:** Objetivo não foi alcançado e nenhuma medida foi tomada, pois o problema verbal da criança foi atribuído à síndrome de Down.

Diagnóstico de Enfermagem: A insuficiência Cardíaca causa um débito cardíaco diminuído e incapaz de atender às demandas metabólicas do organismo.

- **Problema Identificado:** Diminuição do débito cardíaco relacionado com a disfunção miocárdica.

- **Plano de Cuidados:** Administrar Digoxina conforme prescrição (Aumenta a contratilidade cardíaca).

- **Resultados Esperados:** Frequência cardíaca dentro da faixa normal para a idade.

- **Avaliação de Enfermagem:** Até o momento da alta hospitalar o objetivo foi alcançado com sucesso, a criança permaneceu com a FC dentro dos padrões normais.

Diagnóstico de Enfermagem: Criança apresentou leve edema em membros superiores em um determinado período da internação.

- **Problema Identificado:** Excesso de volume hídrico, devido à diminuição da contratilidade do coração e excreção diminuída dos rins.

- **Plano de Cuidados:** Administrar diuréticos conforme prescrição, obter o peso diariamente e realizar balanço hídrico.

- **Resultados Esperados:** Nenhum ganho de peso inesperado e membros superiores sem presença de edemas.

- **Avaliação de Enfermagem:** Resultado alcançado em um curto período de tempo o edema cessou e não foi recorrente e criança sem edema de membros e com balanço hídrico satisfatório.

Conclusão

O estudo destaca a importância da eficácia dos cuidados oferecidos pelo enfermeiro, seja na prevenção, cuidado ou recuperação, podemos afirmar que a teoria das necessidades humanas básicas contribui para fundamentar a prática do enfermeiro e o ensino do processo de enfermagem. O cliente é o centro do processo do cuidar em enfermagem, destacando-se a influência do envolvimento familiar, reconhecendo o valor da família para promover o autocuidado ao cliente, principalmente quando se trata de uma criança portadora de síndrome de Down onde o autocuidado não pode ser feito pela própria criança, então cabe à enfermagem oferecer um cuidado de qualidade. A criança com síndrome de Down e com Insuficiência Cardíaca Congestiva torna-se mais vulnerável e debilitada em alguns aspectos, como desenvolvimento cognitivo e motor, então a enfermagem deve focar nas principais carências que a criança apresenta para poder suprir com êxito as necessidades básicas da criança. A equipe de enfermagem do setor da pediatria nos ofereceu total apoio no momento da coleta de dados, bem como tirando dúvidas em relação ao caso abordado o que foi de grande importância para a realização do estudo de caso, mas podemos observar que as atividades do enfermeiro do setor são mais voltadas para a parte burocrática do que a assistencial propriamente dita, o que dificultou um pouco a realização do presente estudo.

O enfermeiro precisa interagir com o cliente visando avaliar adequadamente as demandas de autocuidado e traçar planos de intervenção coerentes com as expectativas e suas possibilidades. Destacamos a importância da sistematização da assistência de enfermagem para oferecer um atendimento de qualidade à criança, pois é através do plano de cuidados traçado pelo enfermeiro que a enfermagem se aproxima mais do cliente para atender suas necessidades, mas para que o processo de enfermagem seja aplicado de forma eficaz o enfermeiro precisa ter conhecimento prático-teórico para aplicá-lo, o que nos estimula à obtermos cada vez mais conhecimento teórico e prático para que possamos oferecer assistência de qualidade ao cliente.

Referências

ALFARO-LEFREVE, R.;Aplicação do processo de enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico. Tradução: Ana Thorell; consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição: Maria Augusta M. Valéria Giordani Araújo, Miriam de Abreu Almeida.-7. Ed.- Porto Alegre: Artmed, 2010.

ARAÚJO, A.A.; NÓBREGA, M.M.L.; GARCIA, T.R. Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes portadores de insuficiência cardíaca congestiva utilizando a CIPE. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47(2):385-92. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/ Acessado em: 25 de abril de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes de atenção à pessoa com Síndrome de Down. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2012.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

BRUNNER; SUDDARTH, Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. / [editores] Suzanne C. Smeltzer. [et al.]; [revisão técnica Isabel Cristina Fonseca da Cruz, Ivone Evangelista Cabral; tradução Fernando Diniz Mundim, José Eduardo Ferreira de Figueiredo]. 4v.;il. Rio de Janeiro ; Guanabara Koogan, 2009.

NANDA International. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009- 2011. trad. Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed; 2010.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente à Deus, sem Ele nada somos, à minha família, docentes e colegas de faculdade que nos influenciam e estão sempre presentes nos auxiliando e orientando de diversas maneiras.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PERIOPERATÓRIO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Heda Caroline Neri de Alencar – UNIFOR (Universidade de Fortaleza) / email:

Cintya de Fátima Sousa – UNIFOR (Universidade de Fortaleza)

Eliádia Freitas Bastos – UNIFOR (Universidade de Fortaleza)

Cleidiana França de Sousa – UNIFOR (Universidade de Fortaleza)

Adriana Simplício de Araújo – FANOR (Faculdades Nordeste)

Karla Maria Carneiro Rolim – UNIFOR (Universidade de Fortaleza)

Palavras-chave: Enfermagem. Perioperatório. Sistematização da Assistência.

Resumo

Objetivou-se destacar a atuação do profissional de enfermagem no período perioperatório, enfatizando a importância do seu papel no desenvolvimento no plano da assistência por meio da concepção e execução da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatório (SAEP). Trata-se de uma revisão de literatura de natureza qualitativa que descreve a importância do Processo de Sistematização da Assistência ao paciente no Centro Cirúrgico. Pode-se Concluir que o enfermeiro do tem um papel bastante significativo dentro do centro cirúrgico sendo este profissional extremamente fundamental em todo o processo de desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatório (SAEP), visto que cada paciente tem suas necessidades específicas, portanto, uma vez que o enfermeiro relaciona-se com o cliente cirúrgico propicia a ele uma assistência individualizada, contínua de boa qualidade.

Introdução

A assistência de enfermagem em Centro Cirúrgico baseia-se em tornar a experiência cirúrgica confortável e segura para o paciente visando prevenir complicações pós-operatórias, pois, toda cirurgia é um processo complexo e estressante para o paciente podendo levá-lo a desenvolver sentimentos negativos que influenciarão seu estado físico e psicológico podendo assim, interferir na cirurgia bem como na recuperação.

A SAEP é uma atividade privativa do enfermeiro com base nos conhecimentos técnicos e científicos que, através de entrevista e exame físico realiza a identificação das situações de saúde do paciente, ajudando na prescrição e implementação da assistência de enfermagem, contribuindo para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação do paciente cirúrgico. Vale ressaltar, a proteção dos direitos do cliente onde o profissional de enfermagem é essencial, sendo de sua responsabilidade assegurar que as ações de enfermagem sejam realizadas de maneira ética. (CAMARGO, et. al, 2010)

A SAEP requer do enfermeiro o conhecimento do paciente como indivíduo por meio de seus conhecimentos e habilidades, além disso, a orientação e treinamento da equipe de enfermagem para desenvolver implementações sistematizadas. Este método é utilizado para organizar o cuidado individualizado, administrando a assistência, favorecendo maior integração do enfermeiro com o paciente, gerando resultados positivos e melhorias para o mesmo e para a assistência.

A dinâmica da assistência de enfermagem ao paciente que necessita ser operado privilegia as atitudes de saúde de atenção primária, secundária e terciária, buscando compreender o conjunto das necessidades que o paciente apresenta nesta circunstância, indo além da atenção individual curativa.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

O planejamento dos cuidados de enfermagem é feito de acordo com as necessidades do paciente, sendo um processo sistemático e contínuo assegurando ao cliente a identificação, avaliação e monitorização da assistência de enfermagem. Durante a passagem por cada etapa do perioperatório e com as características específicas de cada procedimento cirúrgico e anestésico.

O objetivo deste trabalho foi identificar e descrever, com o auxílio da revisão literária, a importância do desenvolvimento da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória (SAEP), pelo enfermeiro do centro cirúrgico, para obter a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico.

Metodologia

Trata-se de uma revisão bibliográfica do tipo qualitativa. Os conteúdos analisados foram retirados das seguintes bases de dados: Google Acadêmico, publicado no ano de 2010; BRUNNER & SUDDARTH, vol.1, 2011; POSSARI, 2012. Os descritores utilizados para a busca dos artigos foram: enfermagem, perioperatório, cuidados. Esse estudo foi realizado no período do mês de maio do ano de 2014.

Resultados e Discussão

A sistematização da assistência de enfermagem perioperatória tem por objetivos levantar e analisar as necessidades individuais do paciente a ser submetido ao procedimento anestésico-cirúrgico, ajudando o paciente e sua família a compreender seu problema de saúde, a preparar-se para o procedimento proposto e suas consequências durante esse período.

Além desses, objetiva diminuir ao máximo os riscos inerentes ao ambiente do Centro Cirúrgico e da Sala de Recuperação pós-anestésica, bem como colaborar na concepção desses procedimentos, pela previsão, provisão e controle de recursos humanos, em qualidade e quantidade; implementar a assistência de enfermagem integral, individualizada, documentada, participativa e avaliada, tendo como centro da atenção o paciente cirúrgico,(POSSARI, 2012).

A SAEP compreende as atividades desenvolvidas dos seguintes períodos:

Período Pré-operatório Imediato: ocorre da véspera da cirurgia até o momento em que o paciente é recebido no Centro Cirúrgico. A cirurgia é um evento estressante e complexo para o paciente, esse procedimento envolve a administração de anestesia, aumentando assim o grau de ansiedade do paciente, o que provoca alterações emocionais decorrentes do diagnóstico cirúrgico. O que causa situações desagradáveis no estado biopsicossocioespiritual.

Neste período todas as considerações genéticas e história de cirurgias anteriores são importantes, pois, podem evitar complicações pós-operatórias. Deve-se avaliar o estado nutricional e hídrico, a dentição, se há uso de drogas ou álcool, o estado respiratório e cardiovascular, a função hepática, renal e endócrina, a função imune, se o paciente faz ou não uso de medicamentos e se está passando por algum estresse psicológico. O paciente deve ser orientado sobre o procedimento e possíveis alterações como sonolência e vertigem no pós-cirúrgico.

A visita pré-operatória de enfermagem do Centro Cirúrgico consiste em acompanhar o paciente não só no CC, mas, durante todo o seu internamento. A enfermagem fica atenta a todas as alterações que poderão surgir e atuar na recuperação plena do paciente.

Objetivando identificar, reduzir ou minimizar o nível de ansiedade do doente promovendo uma assistência de enfermagem individualizada, verificando as dúvidas e necessidades com o paciente e família em relação ao ato anestésico-cirúrgico, prestando assim, uma assistência mais qualificada ao paciente através da elaboração de um plano de cuidados para CC.

Período Transoperatório: ocorre desde o momento em que o paciente é recebido no Centro Cirúrgico até o momento em que é encaminhado para a Sala de Recuperação Pós-anestésica.

É de extrema importância a manutenção da segurança do paciente, o ambiente deve estéril e controlado, o enfermeiro deve gerenciar de maneira efetiva os recursos humanos, equipamentos e suprimentos para o cuidado individualizado do paciente, deve transferir o paciente para a mesa de cirurgia posicionando o mesmo com base no alinhamento funcional e exposição do sítio cirúrgico; as agulhas, instrumentos e compressas devem ser contadas e verificadas; os registros intra-operatórios devem ser adequadamente preenchidos.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Em relação ao monitoramento fisiológico é necessário calcular os efeitos do ganho ou perda excessiva de líquido do paciente; diferenciar os dados cardiopulmonares normais dos anormais; relatar ao médico alterações dos sinais vitais do paciente; instruir medidas que promovam a normotermia.

Entretanto o apoio psicológico é imprescindível, atitudes como ficar de pé próximo ao paciente ou toca-lo durante os procedimentos auxiliar o mesmo a adquirir confiança na equipe. A avaliação do estado emocional do paciente deve ser continua.

Recuperação Pós-Anestésica: Da alta do paciente da sala de RPA até as primeiras 48 horas pós-operatórias.

Intervenções destinadas a prevenir e tratar possíveis complicações, mesmo sendo um procedimento cirúrgico de pequeno porte, o risco de complicações sempre estará presente. Nesse período buscamos medidas profiláticas para infecções hospitalares, consequentemente reduzindo gastos, amenizando a dor e aumentando a sobrevida do paciente.

O objetivo abrange as seguintes fases:

Fase I: Usada durante a recuperação, onde são oferecidos cuidados intensivos de enfermagem.

Fase II: Preparar o paciente para o autocuidado ou cuidado hospitalar ou em um ambiente de cuidado prolongados.

Fase III: O paciente é preparado para alta e/ou cuidados progressivos.

Os cuidados de enfermagem para o paciente nesse período têm como objetivo fornecer os cuidados até que o cliente tenha se recuperado dos efeitos da anestesia, estando ele orientado, com sinais vitais estáveis, não demonstrando manifestações hemorrágicas e nem outras complicações.

Pós-operatório Imediato: procede da alta do paciente da Sala de Recuperação Pós-anestésica até as primeiras 48 horas pós-operatórias.

O cliente fica suscetível a diversas complicações, principalmente as de origem respiratória, circulatória e gastrointestinal. É necessário conhecimento científico e técnico para evitar essas complicações, promovendo assim, uma rápida recuperação do mesmo.

O paciente deve ser estimulado à respiração lenta e profunda, a tosse, exercício com as pernas e com os pés, mudar-se de decúbito, levantar-se do leito sem esforços e realizar caminhadas diurnas.

A assistência de enfermagem nesse período é muito importante, pois, destina-se à intervenções de prevenção ou tratamento de complicações.

Período Pós-Operatório Tardio: compreende após 48 horas pós-operatórias até a alta do paciente.

É necessário que o paciente siga corretamente as orientações médicas no período pós-cirúrgico evitando possíveis complicações. A assistência de enfermagem nesse período é fundamental no atendimento multidisciplinar, pois, visa promover o conforto e o bem-estar do paciente. O enfermeiro deve estar apto a detectar as alterações que possam comprometer o quadro clínico do cliente e comunicá-las rapidamente ao médico para ações imediatas.

Conclusão

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Acredita-se que a SAEP é de grande relevância, pois favorece um fluxo dinâmico no serviço, otimizando o trabalho de toda equipe, diminuindo assim o risco de infecção, tempo de internamento, erros no processo cirúrgico e promovendo ações no planejamento de cuidados de enfermagem para o paciente.

Conclui-se a importância do enfermeiro no período perioperatório como um auxiliador efetivo no processo de sistematização da assistência de enfermagem. Ressaltamos ainda que a efetividade dos cuidados de enfermagem no período perioperatório é de suma importância para o paciente obter uma boa recuperação no período pós-anestésica. Durante a elaboração deste trabalho podemos observar que o número de artigos encontrados sobre a sistematização da assistência de enfermagem ao paciente perioperatório ainda é restrito, e o tema, apesar de sua relevância, ainda é pouco divulgado, por isso se faz importante que a enfermagem tenha uma visão de planejamento da assistência e do cuidado ao paciente que vai se submeter a esse procedimento de alta complexidade que a cirurgia proporciona.

Referências

1. CAMARGO, Raissa Silvestre et al. **SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA**. 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/Sony Vaio/Downloads/418-836-1-SM (2).pdf>. Acesso em: 28 maio 2014.
2. POSSARI, J. F: **Centro Cirúrgico Planejamento, Organização e Gestão**, 5ª Ed. São Paulo: Iatría, 2012.
3. SMELTZER, S.C; BARE, B.G. Brunner & Suddarth: **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**, 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

Agradecimentos

Queremos agradecer primeiramente a Deus por ter nos dado força e sabedoria para que este trabalho pudesse se realizar. Agradecemos aos nossos pais pelo apoio, incentivo e amor incondicional. Agradecemos também a nossa orientadora Karla Maria Carneiro Rolim pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e confiança.

SISTEMATIZANDO A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM CLIENTE COM ERISPELA COM BASE NA TEORIA DO AUTOCUIDADO

Autor 1- Isabelly Damasceno Ponte – Faculdades Inta- Email: isabelly2307@hotmail.com

Autor 2 – Maria Aline Alves Pereira - Faculdades Inta

Autor 3 – Karine Martins Nobre- Faculdades Inta

Autor 4 – Anderlane Sara de Sousa Paiva – Faculdades Inta

Autor 5- Thays Passos Aragão Alves Faculdades Inta

Autor 6– Antônia de Maria Gomes Paiva – Enfermeira Graduada pela a Universidade Vale do Acaraú- UVA

Palavras chave: Erisipela. Enfermagem. Assistência Auto cuidado

Resumo

A erisipela é uma celulite superficial com intenso comprometimento do plexo linfático subjacente e se caracteriza por placas eritematosas acompanhadas de dor e edema. O agente etiológico mais comum da erisipela é o *Streptococcus beta-hemolítico* do grupo A (raramente dos grupos C ou G, e, em recém-nascidos, do grupo B), podendo ocorrer infecção pelo *Staphylococcus aureus* (BERNADES, 2002). Trata-se de um estudo de caso do tipo descritivo com abordagem qualitativa, estudo realizado no período de março a abril de 2014. O cenário do estudo foi um Hospital de referencia da Zona Norte do estado do Ceará, localizado na cidade de Sobral – Ceará que fica a 238 km de Fortaleza. Cliente internado no referido hospital com diagnostico de erisipela. Conclui-se que a erisipela bolhosa é um grave problema de saúde pública na qual é um fator de risco para o agravamento de outros sistemas fisiológicos competindo à equipe de enfermagem prestar uma assistência de qualidade de forma mais humanizada. O raciocínio diagnóstico é fundamental à assistência de Enfermagem verdadeiramente científica, permitindo melhor qualidade da atenção à saúde humana através da discriminação de problemas que demandem o cuidado pelo profissional habilitado.

Introdução

A erisipela é uma celulite superficial com intenso comprometimento do plexo linfático subjacente e se caracteriza por placas eritematosas acompanhadas de dor e edema. O agente etiológico mais comum da erisipela é o *Streptococcus beta-hemolítico* do grupo A (raramente dos grupos C ou G, e, em recém-nascidos, do grupo B), podendo ocorrer infecção pelo *Staphylococcus aureus* (BERNADES, 2002). São considerados fatores de risco quaisquer alterações que facilitem a infecção cutânea. Entre os fatores de risco locais destacam-se: dermatoses preexistentes, traumas, feridas operatórias e alterações vasculares, como insuficiência venosa e linfedema. Os fatores de risco gerais, como diabetes mellitus, etilismo, corticoterapia, quimioterapia e neoplasias, produzem leucopenia e comprometimento da imunidade celular, prejudicando a quimiotaxia e a fagocitose dos polimorfonucleares e facilitando a ocorrência de infecções da pele (OKAJIMA; FREITAS; ZAITZ, 2004). Ocorre em qualquer faixa etária, e o pico se dá entre 60 e 80 anos. Os locais mais acometidos são os membros inferiores, seguidos da face e membros superiores. É mais freqüente em pacientes do sexo feminino, sendo observada na maioria dos casos uma porta de entrada bem definida, como úlceras, traumas, micoses superficiais, picadas de inseto e feridas maltratadas (BERNADES, 2002). O tratamento de escolha é feito com a penicilina G cristalina, podendo-se ainda lançar mão das cefalosporinas ou eritromicina e clindamicina no caso de pacientes alérgicos à penicilina. A terapia com anticoagulante está indicada em casos confirmados ou suspeitos de tromboflebite associada (OKAJIMA; FREITAS; ZAITZ, 2004). Esta morbidade é caracterizada por sinais clínicos característicos identificáveis como rubor, eritema, edema, bolhas entre outros, o profissional de enfermagem deve conhecer estas manifestações clínicas para saber como agir diante de um caso de erisipela. Uma vez ela instalada deve-se aplicar a sistematização da assistência de enfermagem para que o paciente tenha um prognóstico favorável.

Cuidar de uma ferida é um processo que está presente no cotidiano dos profissionais de enfermagem, sendo preciso que se tenha conhecimento a respeito da anatomia, da fisiologia e dos fatores que influenciam o processo de cicatrização, para que se possa fazer uma boa avaliação e estabelecer uma conduta para seu tratamento (ALCANTARA, 2009). Neste sentido este estudo tem como questão problema: Como é feita a Sistematização da Assistência de Enfermagem com base na teoria do autocuidado de Dorothea Orem em um paciente com erisipela. Este estudo surgiu da necessidade de acompanhar um paciente com erisipela para aplicar a sistematização da assistência de enfermagem e confirmar a importância que ela tem neste caso, para que haja um prognóstico proveitoso e satisfatório.

Metodologia

Trata-se de um estudo de caso do tipo descritivo com abordagem qualitativa, estudo realizado no período de março a abril de 2014. O cenário do estudo foi um Hospital de referencia da Zona Norte do estado do Ceará, localizado na cidade de Sobral – Ceará que fica a 238 km de Fortaleza. Cliente internado no referido hospital com diagnostico de erisipela.

Para esta coleta foi necessário observação e participação dos cuidados com o paciente e coleta dos dados no prontuário do mesmo. Foram realizadas visitas, fazendo procedimentos e intervenções cabíveis como curativos, conversas diárias, evoluindo o paciente e mantendo contato com o prontuário. As informações obtidas através de visitas e conversas com o paciente e informações do prontuário foram analisados. Sendo que a meta da análise foi aplicar a Sistematização da Assistência de Enfermagem com base na teoria do autocuidado em um caso de erisipela. A resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 considera o respeito e a dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos e o progresso da ciência e da tecnologia, que deve implicar em benefícios, atuais e potenciais para o ser humano, para a comunidade na qual está inserido e para a sociedade, nacional e universal, possibilitando a promoção do bem-estar e da qualidade de vida e promovendo a defesa e preservação do meio ambiente, para os presentes e futuras gerações.

Resultados e Discussão

A partir da aplicação da SAE evidenciaram-se os seguintes problemas de enfermagem: Pele rompida, tecido traumatizado, destruição dos tecidos, procedimentos invasivos, dor; agitação, Irritabilidade, baixa estima, desconforto, destruição de camadas da pele, rompimento da superfície da pele e invasão de estruturas da pele. Os diagnósticos de enfermagem levantados foram: Risco de Infecção relacionado a procedimentos invasivos, destruição dos tecidos e exposição ambiental aumentada, exposição à patógenos aumentada; Dor aguda relacionado a agentes lesivos evidenciado por agitação, inquietação e relatos do paciente; Integridade da pele prejudicada relacionada à imobilidade física evidenciada por destruição da camada da pele; Déficit no auto cuidado relacionado a incapacidade de auto cuidado evidenciado pela rejeição a banhos diários; Insônia/padrão de sono perturbado relacionado a sono interrompido evidenciado por relatos do paciente; Risco para impotência relacionada à estrutura corporal da função alteradas. Os Planos de Cuidados foram: Inspeccionar área de inserção de cateteres venosos periféricos e centrais (buscar sinais flogísticos), lavar as mãos antes e após os procedimentos, administração de analgésicos e sedativos, prescritos pelo médico de acordo com os horários da prescrição, inspecionar local da algia, sempre que expressar, aplicar a escala de dor, registrar local, intensidade (0-10) e frequência da dor, hidratar pele após o banho, renovar curativo (registrar dimensões, tipo de tecido encontrado, exsudação e produção utilizada, proteger as proeminências óssea com acolchoamento de espuma, pois, ajuda a promover a integridade da pele, a cada mudança de decúbitos, inspecionar a pele do cliente a cada turno, realizar ou auxiliar e orientar higiene hora e corporal. Os resultados esperados foram: Paciente ficará livre de infecções, evitar a contaminação da equipe de enfermagem, ausência de dor, apresentou melhora da integridade da pele, ficará livre de lesões na pele, ficará higienizado, conseguiu manter seu sono e repouso.

Conclusão

Conclui-se que a erisipela bolhosa é um grave problema de saúde pública na qual é um fator de risco para o agravamento de outros sistemas fisiológicos competindo à equipe de enfermagem prestar uma assistência de qualidade de forma mais humanizada. O raciocínio diagnóstico é fundamental à assistência de Enfermagem verdadeiramente científica, permitindo melhor qualidade da atenção à saúde humana através da discriminação de problemas que demandem o cuidado pelo profissional habilitado. A erisipela constitui infecção bastante freqüente no passado apesar do progresso nos hábitos de higiene, trata-se ainda, de uma doença comum em alguns meios. Com isso procuramos apresentar formas de tratamento e prevenção para a referida doença, de modo a diminuir o índice de ocorrência da mesma. É fundamental a implementação do processo de enfermagem baseado na teoria das necessidades humanas básicas, se tornando necessário o uso de um instrumento para auxiliar o enfermeiro no processo de cuidar do cliente em suas condições clínicas.

Referências

BERNARDES, Carlos Henrique de A. et al. Experiência clínica na avaliação de 284 casos de erisipela. An. Bras. Dermatol. [online]. 2002, vol.77, n.5, pp. 605-609. ISSN 1806-4841. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v77n5/v77n5a11.pdf>. Acesso em: 06/05/2014

BUB, Maria Bettina Camargo et al. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. Texto contexto - enferm. [online]. 2006, vol.15, n.spe, pp. 152-157. ISSN 0104-0707. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea18.pdf> Acesso em: 06/05/2014

CAETANO, M. et al. Erisipela. Acta Med Port 2005; 18: 385-39. Disponível em: www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/1040/708. Acesso em 06/05/2014

CADE, N. V. A TEORIA DO DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE OREM APLICADA EM HIPERTENSAS. Rev Latino-am Enfermagem 2001 maio; 9(3)43-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n3/11497.pdf> Acesso em: 06/05/2014

OKAJIMA, R. M.O; FREITAS, T. H.P. ZAITZ, C. Estudo clínico de 35 pacientes com diagnóstico de erisipela internados no Hospital Central da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo Erysipelas: a clinical study of 35 patients hospitalized at the São Paulo Central Hospital of Irmandade da

Santa Casa de Misericórdia. An bras Dermatol, Rio de Janeiro, 79(3):295-303, maio/jun. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abd/v79n3/en_v79n3a05.pdf Acesso em: 06/05/2014

NOGUEIRA, M. I. S. et al. A TEORIA DO AUTOCUIDADO E SUA APLICABILIDADE PARA A ENFERMAGEM NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA. Disponível em: http://www.convibra.com.br/upload/paper/2012/70/2012_70_4028.pdf Acesso em: 06/05/2014

Agradecimentos

Agradecemos toda a equipe de enfermagem do Hospital, pela a dedicação e contribuição para a realização do nosso trabalho.

SITUAÇÃO VACINAL CONTRA HEPATITE B ENTRE USUÁRIOS DE DROGAS ILÍCITAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA.

Andressa da Silva Torres (apresentador) – Universidade Federal do Piauí e andressatorres1@hotmail.com

Layze Braz de Oliveira – Universidade Federal do Piauí

Danielle Souza Silva Varela - Universidade Federal do Piauí

Prof. Mestre Fernando Guedes Júnior- Universidade Federal do Piauí

Profa. Dra. Telma Maria Evangelista de Araújo- Universidade Federal do Piauí – Instituição

Profa. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro (Orientador) – Universidade Federal do Piauí

Palavras-chave:Usuários de Drogas. Enfermagem. Promoção da saúde

Resumo

A Hepatite B está entre as principais doenças infecciosas em todo o mundo, sendo considerada um grave problema de saúde pública. A vacina contra a hepatite B é a principal forma de prevenção da infecção pelo HBV. No Brasil, atualmente, esta vacina é universal, porém muitos grupos sociais tem baixa adesão ao esquema vacinal. Este estudo objetivou realizar uma revisão de literatura acerca da cobertura vacinal contra a hepatite B e os comportamentos de risco entre usuários de drogas ilícitas e discutir sobre promoção da saúde da população usuária de drogas. O método empregado é de uma revisão da literatura, do tipo narrativa, com artigos científicos localizados no banco de dados SCIELO no período de 2010 a 2014. Foram localizados 32 publicações, e desses, 15 atenderam os critérios de objetivo do estudo. O acesso à fonte de pesquisa ocorreu em julho de 2014, tendo como norma de inclusão: adequação a temática, artigos publicados em português e inglês e abrangência do período estipulado. O conjunto de trabalhos analisados aponta que é visível a baixa adesão ao esquema vacinal completo da população estudada. Estes dados reforçam a necessidade de estratégias de saúde pública que se apoiem na intersectorialidade sobretudo entre a Educação e Assistência Social visando à educação em saúde e a oportunidade de uma assistência integral a esta população, levando em consideração as questões sociais, econômicas e culturais deste grupo. Além disso essas ações irão contribuir para a promoção da saúde das pessoas usuárias de drogas.

Introdução

A hepatite B, cujo agente etiológico é um vírus DNA envelopado, está entre as principais doenças infecciosas em todo o mundo, sendo considerado um grave problema de saúde pública. No Brasil, cerca de 15,% da população já entrou em contato com o vírus e 1% deles cronicou. Acredita-se que existam mais de 350 milhões de portadores crônicos do VHB no mundo, sendo que a transmissão é parenteral, e pela via sexual, além da transmissão vertical.

A infecção pelo vírus da hepatite B é uma das principais causas de doença aguda e crônica do fígado, podendo evoluir ainda para cirrose e carcinoma hepatocelular (BRASIL, 2005, PELEGRI, 2007; BRASIL, 2008; CRUZ et al, 2009). Dados da vigilância epidemiológica do Piauí evidenciam uma queda no número absoluto de notificações de Hepatites Virais, de 621 casos em 2008, para 351 casos em 2012, o que pode indicar uma prevalência oculta em função da subnotificação de casos, que tem como determinante o diagnóstico tardio caracterizado pela dificuldade no acesso a testagem (PIAÚI, 2012a).

A vacina contra a hepatite B é uma arma poderosa na prevenção da infecção pelo HBV, a qual é amplamente oferecida em todo país na rotina das unidades básicas de saúde, para as pessoas menores de 50 anos de idade e, em qualquer idade, para os grupos considerados de maior de risco, como a população privada de liberdade, dentre outros. O Programa Nacional de Imunização, Programa Nacional de HIV/AIDS e Hepatites Virais e, especialmente, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário – PNSSP enfatizam a necessidade de vacinação contra hepatite B das pessoas privadas de liberdade (ATILIO et al, 2011; BRASIL, 2010b).

Metodologia

Este trabalho é um artigo de revisão de literatura, do tipo narrativa, acerca da cobertura vacinal contra hepatite B entre usuários de drogas. O método empregado é de uma revisão da literatura, do tipo narrativa, com artigos científicos localizados no banco de dados SCIELO no período de 2010 a 2014. Foram localizados 32 publicações, e desses, 15 atenderam os critérios de objetivo do estudo. O acesso à fonte

de pesquisa ocorreu em julho de 2014, tendo como norma de inclusão: adequação a temática, artigos publicados em português e inglês e abrangência do período estipulado.

Resultados e Discussão

Os artigos encontrados apontam que apesar da grande disponibilidade da vacina contra hepatite B pelo Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) a cobertura vacinal dos usuários de drogas é muito baixa, embora a rigor, não se disponha do dado real, pois estudos que abordam esta questão são escassos não permitindo um melhor conhecimento dessa cobertura.

Considera-se que a população usuária de drogas é considerada altamente vulnerável à infecção pelo vírus da hepatite B podendo disseminá-lo com muita facilidade, principalmente pela heterogeneidade da população confinada no mesmo espaço, pelo grande contingente de usuários de drogas e pela promiscuidade sexual, tendo como consequência maior exposição não somente a riscos físicos, psicológicos, mas também de transmissão de doenças infecciosas. Nesse sentido, entende-se a importância da realização de estudos que identifiquem a situação vacinal dessa população, para que sejam elaboradas e implementadas ações específicas de proteção, por meio da vacinação.

Conclusão

Os achados reforçam a necessidade urgente de políticas públicas voltadas para prevenção da Hepatite B em usuários de drogas. Além disso, é relevante a criação de programas assistências que promovam a adesão específica dos usuários de *drogas* à campanhas de vacinas, para assim, promover a promoção à saúde dessa população.

Referências

BLOCH, K.V.; COUTINHO, E.S.F. Fundamentos da Pesquisa Epidemiológica. In: MEDRONHO, R. A.(Org.).

Epidemiologia. Rio de Janeiro: Atheneu, 2009. p.173-180.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 151, de 14 de outubro de 2009. Diagnóstico da Infecção pelo HIV .Diário Oficial da União.Brasília, 2009.

_____, Ministério da Saúde.Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.Legislação em saúde no sistema penitenciário. Brasília, 2010.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites

Virais.Boletim Epidemiológico AIDS e DST.Ano VIII, n. 1.Brasília, 2012a.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites

Virais.Boletim Epidemiológico Hepatites Virais.Ano VIII, n. 1.Brasília, 2012b.

_____, Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução n. 466/12 – Brasília, 2012.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.Boletim Epidemiológico Sífilis. Ano I, n.1.Brasília, 2012c.

LUÍZ, R. R.; MAGNANINI, M.M.F. O tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. In:

MEDRONHO, R. A. (Org.). Epidemiologia. São Paulo: Atheneu, 2006.p.295-307.

PIAUÍ, Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação Estadual de Doenças Transmissíveis /Supervisão de DST/AIDS. Relatório da vigilância epidemiológica das DST/AIDS e sífilis. Teresina, 2013a.

_____, Secretaria de Estado de Justiça. Plano de atenção a saúde do sistema penitenciário do Piauí. Teresina, 2013b.

REIS, C. B; BERNARDES, E. B. O que acontece atrás das grades: estratégias de prevenção desenvolvidas nas delegacias civis contra HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis. Ciência & Saúde

Coletiva, São Paulo, v.16, n. 7, p.3331-3338, 2011.

Camila Bezerra Amorim Cardoso – Universidade de Fortaleza. Email: camilabamorim@yahoo.com.br

Rita Mônica Borges Studart – Universidade de Fortaleza.

Islene Victor Barbosa – Universidade de Fortaleza.

Elisabeth Mesquita Melo – Universidade de Fortaleza.

Mikailla Rodrigues Souto – Universidade de Fortaleza

Thaís Milene Rocha – Universidade de Fortaleza

Palavras-chave: Enfermagem. Promoção da Saúde. Úlcera por Pressão

Resumo

Objetivou-se avaliar a sobrevida da úlcera por pressão na pessoa acamada. Trata-se de um estudo com delineamento transversal, realizado em uma unidade neurológica de um hospital de referência em atendimento ao paciente vítima de trauma. Foram inseridos no estudo 61 pacientes acamados com mobilidade física prejudicada. A coleta de dados foi realizada no período de junho a agosto de 2013, através da observação e exame físico dos pacientes durante 20 dias. A função de sobrevida da UPP durante o acompanhamento da pele por 20 dias de acordo com as estimativas de Kaplan-Meier em dois dias dos 61 pacientes do estudo apenas um paciente havia desenvolvido UPP; em quatro dias, três pacientes desenvolveram UPP; em seis dias, haviam aparecido seis casos de UPP; em oito dias apareceram 17 eventos de UPP; em dez dias 18 novos casos e, portanto um total de 35 pacientes com UPP. O maior índice de aparecimento de UPP foi ao décimo dia. Em 20 dias e, portanto o final da avaliação dos eventos de UPP observou-se um total de 58 casos de UPP (95,1%), portanto uma sobrevida de 4,9% ao final do tempo do seguimento, ou seja apenas três pacientes não desenvolveram UPP. Percebeu-se que mecanismos de predição das úlceras continuam sendo desenvolvidas, e novas opções ganham espaços nas pesquisas científicas. Apesar de haver atualmente muitas escalas de avaliação de risco percebeu-se no estudo um alto índice de UPP nos pacientes acamados com mobilidade física prejudicada. A sobrevida para desenvolvimento de UPP revelou que com dez dias os pacientes acamados com mobilidade física prejudicada sem fazer qualquer tipo de intervenção, atingiu o ponto máximo dos eventos com 18 novos casos entre 61 pacientes.

Introdução

A promoção da saúde está desfrutando um período de expansão mundial, como a realização crescente de abordagens multifacetadas de melhoria da saúde. A estratégia global de promoção da saúde consiste em garantir um ambiente que suporta informação em saúde, adequada à vida, habilidades e oportunidades para fazer escolhas saudáveis, bem como serviços de saúde que incluem a promoção da saúde entre as suas prioridades (CAMPOS, 2006).

A promoção da saúde no contexto hospitalar surge como importante modo de reestruturação da atenção à saúde, quando busca superar o ideal biológico no processo saúde-doença, mediante a proposta do olhar integral sobre a pessoa humana, privilegiando-o nas esferas sociais, culturais, econômicas e psicológicas (BARRY et al., 2009). Avaliar a sobrevida úlcera por pressão na pessoa acamada é um indicador de cuidados importante para a promoção da saúde.

Úlcera por pressão (UPP) é definida como áreas localizadas de morte celular, que se desenvolvem quando o tecido mole é comprimido, entre uma proeminência óssea e uma superfície dura, por um período prolongado (EPUAP/NPUAP, 2009). Caso a pressão do corpo sobre as proeminências ósseas não seja periodicamente aliviada, a área de isquemia evolui para um estágio de sofrimento tecidual, causando sua morte por falta de oxigênio e nutrientes (MEDEIROS; LOPES; JORGE, 2009).

Segundo Duque et al. (2009) e EPUAP/NPUAP (2009) existe uma relação entre a intensidade da pressão e o tempo durante a qual esta é aplicada, antes que a lesão dos tecidos se torne irreversível. Ou seja, a aplicação da pressão por si só não causaria dano. A intensidade da pressão exercida sobre a pele terá que ser suficiente para causar oclusão dos vasos sanguíneos subjacentes e provocar morte celular. Estas condicionantes variam entre indivíduos, dependendo dos fatores intrínsecos que influenciam a sua resistência aos efeitos da pressão.

Quando a compressão é eliminada pela mudança de decúbito, a área de isquemia dará lugar a uma área de coloração avermelhada em virtude da hiperemia reativa que ocorre como resposta ao súbito aumento do fluxo de sangue na região antes comprimida (ROCHA; BARROS, 2007; NOGUEIRA, 2005). A tolerância dos tecidos à pressão e à isquemia depende da natureza dos próprios tecidos e é influenciada pela habilidade da pele e das estruturas de suporte, em redistribuir a pressão aplicada na superfície do tecido para a estrutura do esqueleto (JOHNSON, 2010).

Uma pessoa saudável, quando dorme inconscientemente, se movimenta espontaneamente, de um lado para outro, sempre que uma determinada posição se torna incômoda. Isso ocorre por um mecanismo fisiológico natural. Já em pacientes acamados com mobilização física prejudicada que permanecem deitados por longos períodos sem poderem se movimentar espontaneamente, o peso do corpo exerce pressão sobre as proeminências ósseas e, conseqüentemente, ocorre isquemia na área da compressão (SARTORI *et al.*, 2009).

Apesar de ser um tema estudado e debatido, bem como um problema que acomete a pessoa acamada, a prevenção de úlceras por pressão ainda não faz parte dos planos assistenciais de enfermagem no hospital que se pretende pesquisar (STUDART, 2009), destarte instigou a vontade de pesquisar a sobrevida da úlcera por pressão nas pessoas acamadas ou seja em quantos dias a UPP pode se desenvolver.

Diante do exposto, objetivou-se avaliar a sobrevida da ulcera por pressão na pessoa acamada.

Metodologia

Trata-se de um estudo com delineamento transversal, realizado em uma unidade neurológica de um hospital de referência em atendimento ao paciente vítima de trauma situado em Fortaleza, Ceará. Foram inseridos no estudo 61 pacientes acamados com mobilidade física prejudicada.

A coleta de dados foi realizada no período de junho a agosto de 2013, através da observação e exame físico dos pacientes durante 20 dias. Para o levantamento dos dados utilizou-se como instrumento o impresso para avaliação de pele e outro para caracterização clínica dos pacientes.

Para a análise, os dados foram transcritos e tabulados em uma planilha do programa Excel do *Windows XP* Profissional e posteriormente aplicado testes estatísticos pertinentes.

No intuito de atender aos aspectos éticos citados, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do hospital onde recebeu parecer favorável com numero Nº 176/11.

Resultados e Discussão

Neste estudo, foram acompanhados 61 pacientes acamados por problemas neurológicos. Para análise dos resultados, inicialmente, foram expostas as variáveis categóricas dos pacientes.

Em relação ao sexo, constatou-se um predomínio do masculino com 82%. No que se refere à procedência, 63,9% eram da capital e 36,1% do restante do Estado.

Ao verificar a idade, observou-se mediana de 30 anos, com intervalo interquartil de 16 anos, constatando-se uma população jovem, fase de vida ainda produtiva, interrompida pelo acometimento da doença. Ao relacionar a idade como um fator de risco para úlcera por pressão observa-se que não é o caso dessa população estudada e sim a mobilidade física prejudicada.

Apresentam-se, também, como um grande problema de saúde pública, uma vez que a maioria é composta por jovens do sexo masculino no auge da sua produtividade laboral e que são abstraídos da sociedade pelas sequelas deixadas, geralmente irreversíveis (MASINI, 2001; WYNDAELE; WYNDAELE, 2006; ASIA, 2006;).

A variável estado civil, como preconiza o Código Civil Brasileiro, não foi considerada, e sim a condição conjugal do entrevistado, isto é possuir ou não um companheiro atualmente. A interferência desde indicador está relacionada à presença de um (a) companheiro (a) capaz de colaborar para o seguimento da terapêutica recomendada. Consoante se verificou, 59,1% dos pacientes moravam com companheiro. A circunstância de não ter companheiro decorre também ao fato de ser uma população predominantemente jovem.

Sobre a religião, 93,4% pertenciam ao cristianismo, predominando os católicos, com 62,3%. Relativamente à ocupação, mais de um quarto dos pacientes era de autônomos (27,9%). Santos (2012) acentua que a religiosidade tem papel importante na vida do homem no enfrentamento das adversidades. Frisancho Velarde (2012) também sugeriu formas de enfrentamento, destacando o suporte social e a religiosidade como meios para lidar com o estresse. Estes diversos tipos de enfrentamento não são mutuamente exclusivos, mesclando-se durante o confronto com a situação estressora.

Foi expressivo também o número de assalariado (26,2%) seguido da profissão de agricultor, (19,7%). É importante destacar o fato de que o autônomo aqui é quase um sinônimo de desempregado, pois não tinham salário fixo, trabalhavam por conta própria e nem sempre tinham serviço a ser prestado. O agricultor, na sua maior parte, vive das culturas de subsistência, sobrevivendo apenas do que produz, não tendo muitas vezes suporte financeiro para se manter.

Os pacientes que contribuíam para a Previdência Social não tiveram grandes comprometimentos na renda familiar após a lesão medular, pois eles tinham direito aos benefícios advindos da instituição por meio do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Em

contrapartida, a renda dos pacientes que exerciam atividades autônomas ficou bastante comprometida, pois tiveram que se afastar do trabalho por um tempo prolongado, sem receber qualquer ajuda financeira.

Quanto à escolaridade, a mediana de estudo foi sete anos com um intervalo interquartil de sete anos, havendo, portanto, elevado índice de pessoas com baixa escolaridade. A renda familiar foi avaliada conforme o salário mínimo vigente no Brasil no período da coleta de dados, ou seja, 722,00 reais. A mediana de salários foi 722 reais, com alta dispersão dos valores, predominando pessoas que ganhavam até um salário mínimo. O baixo nível de escolaridade pode contribuir para o surgimento de agravos à saúde, pois esse fato, associado aos fatores econômicos e culturais, pode dificultar a conscientização para as necessidades de cuidado com a saúde ao longo da vida, adesão ao tratamento e manutenção de estilo de vida saudável (COURA *et al.*, 2012).

Quanto ao número de filhos, 20 pacientes não possuíam filhos (as pessoas mais jovens). Em contrapartida, 41 pacientes possuíam pelo menos um filho. Ter ou não filhos não mostrou diferença estatisticamente significativa ($p=0,882$) para o advento do aparecimento da UPP.

A função de sobrevida da UPP durante o acompanhamento da pele por 20 dias de acordo com as estimativas de Kaplan-Meier demonstraram que o tempo máximo percorrido até o aparecimento de UPP foi de 10 dias, com intervalo de confiança 95%.

No teste de Kaplan-Meier aplicado percebeu-se que em dois dias dos 61 pacientes do estudo apenas um paciente havia desenvolvido UPP, levando a uma sobrevida de 99% dos pacientes. Em quatro dias, apareceram dois novos casos significando que agora três pacientes desenvolveram UPP; então, 96% dos pacientes ainda não haviam desenvolvido UPP.

Em seis dias, haviam aparecido três novos eventos e, portanto agora seis casos de UPP em 61 pacientes. Em oito dias apareceram 11 novos casos e, portanto 17 eventos de UPP em 61 pacientes. Com dez dias 18 novos casos e, portanto um total de 35 pacientes com UPP. O maior índice de aparecimento de UPP foi ao décimo dia.

Em 20 dias e, portanto o final da avaliação dos eventos de UPP observou-se um total de 58 casos de UPP (95,1%), portanto uma sobrevida de 4,9% ao final do tempo do seguimento, ou seja apenas três pacientes não desenvolveram UPP.

Quanto à distribuição de estimativas da sobrevida, segundo os métodos de Kaplan-Meier e Nelson Aalen, foi comprovado que o maior índice de aparecimento de UPP foi ao décimo dia de internamento. Esse achado confirma o encontrado no estudo de Studart *et al.*, (2011), quando aplicaram a Escala de Waterlow como ferramenta preditiva para prevenção de UPP em pessoas com lesão medular, em que os pacientes foram avaliados do primeiro ao décimo dia de internação.

A úlcera por pressão (UPP) ocorre em virtude de uma multicasualidade de fatores, portanto, a prevenção e o tratamento necessitam de abordagem ampla que envolva gestão, multidisciplinaridade, disponibilidade, dedicação e qualificação, a fim de se trabalhar eficazmente com esses aspectos. Sanada *et al.* (2010) corroboraram essa afirmação, quando concluíram em sua pesquisa sobre a avaliação da eficácia e custo/efetividade de um novo sistema de incentivos para a gestão de prevenção de UPP realizado em 39 instituições, envolvendo enfermeiros capacitados com outros profissionais, entre médicos, fisioterapeutas e psicólogos.

Conclusão

Quanto às características sociodemográficas dos pacientes verificou-se predomínio do sexo masculino com idade média de 30 anos, baixa escolaridade, predomínio de pacientes com renda familiar de até um salário mínimo, procedentes da capital, católicos e cuja principal ocupação foi de autônoma.

Percebeu-se que mecanismos de predição das úlceras continuam sendo desenvolvidas, e novas opções ganham espaços nas pesquisas científicas. Apesar de haver atualmente muitas escalas de avaliação de risco percebeu-se no estudo um alto índice de UPP nos pacientes acamados com mobilidade física prejudicada.

A sobrevida para desenvolvimento de UPP revelou que com dez dias os pacientes acamados com mobilidade física prejudicada sem fazer qualquer tipo de intervenção, atingiu o ponto máximo dos eventos com 18 novos casos entre 61 pacientes.

Considerando que a incidência de UPP é um indicador da qualidade da assistência e de segurança do paciente, entendem que seria desejável encontrar taxas mais reduzidas dentro das instituições de saúde e assim uma efetiva promoção à saúde.

Referências

AMERICAN SPINAL INJURY ASSOCIATION (ASIA). **Classificação neurológica da lesão medular**. International Medical Society of Paraplegia. Revisão. 2006.

BARRY, M. M.; ALLEGRANTE, J. P.; LAMARRE, M-C.; AULD, M. E.; TAUB, A. The Galway Consensus Conference: International collaboration on the development of core competencies for health promotion and health education. **Global Health Promotion**. v. 16, n. 2, p. 5-11, 2009.

CAMPOS, R. S. **A promoção da saúde e a clínica:** o dilema “promocionista”. In: CASTRO, A.; MALO, M. SUS: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec, 2006. cap. 3, p. 62-74.

COURA, A. S.; FRANÇA, I. S. X.; ENDERS, B. C.; BARBOSA, M. L.; SOUZA, J. R. S. Incapacidade funcional e associações com aspectos sociodemográficos em adultos com lesão medular. **Rev Latino-am. Enferm.**, v. 20, n. 1, p. 84-92, 2012.

DUQUE, H. P.; MENOITA, E.; SIMÕES, A.; NUNES, A. C.; MENDANHA, M. F.; MATIAS, A.; SOUSA, L.; ROMBA, R. **Manual de boas práticas:** úlceras de Pressão: uma abordagem estratégica. Coimbra: Formasau– Formação e Saúde, 2009.

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL; NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL- EPUAP/NPUAP. **Prevention and treatment of pressure ulcers.** Washington (DC): National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009.

FRISANCHO VELARDE, O. Concepción mágico-religiosa de la Medicina en la América. [Acta Méd. Peru](#), v. 29, n. 2, p. 121-127, 2012.

JOHNSON, M. Pressure ulcer prevention: bringing it home to the perianesthesia world. **J. Perianesth. Nurs.**, v. 25, n. 2, p. 104-107, 2010.

MASINI, M. Estimativa da incidência e prevalência de lesão medular no Brasil. **J.Bras. Neurocirurg.**, v. 12, n. 2, p. 97-100, 2001.

MEDEIROS, A. B. F.; LOPES, C. H. A. F.; JORGE, M. S. B. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. **Rev. Esc. Enferm.USP**, v. 43, n. 1, p. 223-228, 2009.

NOGUEIRA, P. C. **Ocorrência de úlcera de pressão em pacientes hospitalizados com lesão traumática da medula espinhal.** Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

ROCHA. A. B. L.; BARROS. S. M. O. Avaliação de risco de úlcera por pressão: propriedades de medida da versão em português da escala de Waterlow. **Acta Paul. Enferm.**, v. 20, n. 2, p. 143-150, 2007.

SARTORI, J.; NEUVALD, M. F.; BASTOS, V. H.; SILVA, J. G.; MELLO, M. P.; FREITAS, M. R. G. Reabilitação física na lesão traumática da medula espinhal: relato de caso. **Rev. Neurociênc.**, v. 17, n. 4, p. 364-370, 2009.

SANTOS, W. J. D. **A religiosidade como estratégia de enfrentamento doprocesso de incapacidade funcional dos idosos da cidade de Bambuí, Minas Gerais.** Belo Horizonte, 2012.

SANADA, H.; NAKAGAMI, G.; MIZOKAMI, Y.; MINAMI, Y.; YAMAMOTO, A.; OE, M.; KAITANI, T.; IIZAKA, S. Evaluating the effect of the new incentive system for high-risk pressure ulcer patients on wound healing and cost-effectiveness: A cohort study. **Int. J. Nurs. Stud.**, v. 47, n. 3, p. 279-286, 2010.

STUDART, R. M. B. **A Escala de Waterlow na úlcera por pressão em pessoas com lesão medular:** uma tecnologia assistencial de enfermagem.2009.121f.. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

WYNDAELE, M.; WYNDAELE, J. J. Incidence, prevalence and epidemiology of spinal cord injury: what learns a worldwide literature survey? **Spinal Cord**, v. 44, n. 9, p. 523-529, 2006.

Agradecimentos

Aos programas de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza e Doutorado Saúde Coletiva da Ampla Associação e Universidade Estadual do Ceará, Universidade Federal do Ceará e Universidade de Fortaleza pela realização deste evento.

SOCIALIZANDO O ESTADO DAS “ARTES”: A IMPLANTAÇÃO DA ARTE TERAPIA NOS SERVIÇOS DA ARTE DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA .

Autor 1- RAYANE PEREIRA BARROS–FACULDADE VALE DO SALGADO-raianybarros2@hotmail.com

Autor 2 – MARIA ANAKLEBIA LEITE VILAROUCA-FACULDADE VALE DO SALGADO

Autor 3 – RAFAELA ALVES DE SOUSA-FACULDADE VALE DO SALGADO

Autor 4 – RAFAELA ALVES DE SOUSA- FACULDADE VALE DO SALGADO

Autor 5 – KERMA MARCIA DE FREITAS-FACULDADE VALE DO SALGADO

Autor 6- JOSUE BARROS JUNIOR-FACULDADE VALE DO SALGADO

Palavras-chave: ENFERMAGEM. ARTE TERAPIA. PEDIATRIA.

Resumo

Nesse estudo buscou-se demonstrar os benefícios da implantação da arte terapia aplicada nos serviços de enfermagem pediátrica de um hospital do interior do Ceará delineando a sua eficácia no aspecto físico, emocional e psicológico, Elegeu-se uma pesquisa ação como instrumento detector de conceitos envolvidos em torno das falas e atividades desenvolvidas. O universo do estudo compreendeu seis pacientes da clínica pediátrica do hospital de pequeno porte Ecilda Barbosa Ribeiro na cidade de Umari interior do Ceara. As ações foram desenvolvidas durante todo o período de internação desses pacientes, onde diariamente se fazia todos os procedimentos de enfermagem direcionadas pela sistematização da assistência e consequentemente as atividades lúdicas de arte terapia implementadas por essa pesquisa. O processo de análise e interpretação dos dados obtidos foram de cunho comportamentais e se baseou-se no ciclo da pesquisa ação: Agir para implantar a melhora planejada, monitorar e descrever os efeitos da ação, avaliar os efeitos da ação e planejar uma melhora da pratica. Percebeu-se que com a arte terapia implantada no serviço de enfermagem pediátrica além de se trabalhar a cognição, motricidade e inclusão das crianças, viu-se que trabalhava ainda o elo da família-profissional e paciente-profissional, demonstrando resultados positivos e satisfatórios. Dentre essas destacaram-se: pintura, colagem recorte, modelagem e teatro. Observou-se que a implantação da arte terapia nos serviços de enfermagem pediátrica deve ser considerada uma das melhores formas à proximidade do profissional e paciente pediátrico e seus familiares, possivelmente desenvolvendo um elo de confiança e empatia entre esses.

Introdução

Diante dos procedimentos de enfermagem pediátrica, muito se foca na função do enfermeiro direcionada para os aspectos gerenciais e protocolares, o que faz com que esse profissional se afaste do contato com a criança e consequentemente interfira no processo de cuidar desse paciente. Dessa forma, surge uma necessidade de ficar mais próximo do paciente em todas as etapas do processo de recuperação para que seja logrado o sucesso do tratamento e o pronto restabelecimento do paciente (MOYLES, 2012).

Entretanto sabe-se que o profissional de enfermagem e sua equipe são os que estão todo tempo relacionados com o processo de recuperação do paciente, e quando se trata de crianças, cabe à equipe de enfermagem buscar mudanças e inovações na qual ofereça tranquilidade e conforto para o mesmo (SABATES, 2011)

É notório que em todas as idades, o brincar é realizado por puro prazer e diversão criando uma atitude alegre em relação à vida reestabelecendo o sorriso e a motivação e que a aprendizagem através das atividades lúdicas e criativas são essenciais e autênticas para a vida da criança. Assim, surge a inserção da arte terapia nos serviços de enfermagem pediátrica que vem oferecer oportunidades que levam a criança a aceitar com mais naturalidade as situações indesejáveis, auxiliando-a a se adaptar melhor as rotinas hospitalares, do seu tratamento e a restabelecer o equilíbrio emocional (SANTOS, 2010).

A arte terapia trabalha a cognição, motricidade e inclusão de todos os movimentos com a criança, desde o psíquico até orgânico, dessa forma percebe-se que há uma busca de autoconfiança que se torna notável, ate mostrando-se que a criança torna-se ajudador no seu processo de recuperação (VALLADARES, 2013).

Esse estudo buscou-se demonstrar os benefícios da implantação da arte terapia aplicada nos serviços de enfermagem pediátrica de um hospital do interior do Ceará delineando a sua eficácia no aspecto físico, emocional e psicológico, assim como um melhor desempenho na recuperação da doença pelo paciente e por parte dos profissionais de enfermagem no cuidar e na participação do processo de melhoria do paciente pediátrico.

Metodologia

Escolheu-se uma pesquisa ação como instrumento detector de conceitos envolvidos em torno das falas e atividades desenvolvidas. O universo do estudo compreendeu seis pacientes da clínica pediátrica do hospital de pequeno porte Ecilda Barbosa Ribeiro na cidade de Umari interior do Ceará. As ações foram desenvolvidas durante todo o período de internação desses pacientes, onde diariamente se fazia todos os procedimentos de enfermagem direcionadas pela sistematização da assistência e consequentemente as atividades lúdicas de arte terapia implementadas por essa pesquisa. O processo de análise e interpretação dos dados obtidos foram de cunho comportamentais e se baseou-se no ciclo da pesquisa ação: Agir para implantar a melhora planejada, monitorar e descrever os efeitos da ação, avaliar os efeitos da ação e planejar uma melhora da prática (PIMENTA, 2008).

Resultados e Discussão

Percebeu-se que com a arte terapia implantada no serviço de enfermagem pediátrica além de se trabalhar a cognição, motricidade e inclusão das crianças, viu-se que trabalhava ainda o elo da família-profissional e paciente-profissional, demonstrando resultados positivos e satisfatórios. Dentre essas destacaram-se:

PINTURA: demonstrou possuir o seu próprio valor terapêutico especial e que quando a pintura flui amiúde o mesmo ocorre com emoção e satisfação. As cores quentes (amarelo e vermelho) tinham responsabilidades de ativar e acelerar o metabolismo, enquanto as cores frias (verde e azul) acalmaram e letificaram.

COLAGEM-RECORTE: simbolicamente o ato de recortar e rasgar os papéis e posteriormente cola-los, recompondo-os, corresponderam subjetivamente a vivência de corte, rupturas, reparação e reorganização-estruturação de suas ideias.

MODELAGEM: promoveram a sensibilização tátil, sendo uma atividade de relaxamento, além de fortalecer a musculatura e harmonia pelo equilíbrio. Oferece noções de temperatura, peso, textura, cavidade ou convexidade.

TEATRO: Pela linguagem do corpo, expressou-se muitas coisas uns aos outros, e eles tem muita coisa a dizer para você. É uma linguagem que não mente.

Conclusão

Observou-se que a implantação da arte terapia nos serviços de enfermagem pediátrica deve ser considerada uma das melhores formas à proximidade do profissional e paciente pediátrico e seus familiares, possivelmente desenvolvendo um elo de confiança e empatia entre esses.

Dessa forma, ainda demonstra que a experiência da arte terapia possibilita o relacionamento da criança com seu próprio corpo e com o meio que o cerca, pois no contexto hospitalar as brincadeiras facilitam a criança o entendimento e compreensão do mecanismo da doença e cura.

Ressaltou-se ainda que os benefícios dos trabalhos criteriosos, dentre esses a cognição, motricidade e inclusão, trabalhando o corpo e mente da criança, enfatizando o ensino dentro da instituição hospitalar oferecendo oportunidades de expressões quanto ao medo, ansiedade e até mesmo curiosidade sobre os procedimentos a serem realizados nos procedimentos de enfermagem.

Destaca-se ainda que um dos maiores benefícios observados na arte terapia, a conversa entre o paciente pediátrico e o profissional. A conversar permite uma interação, expressão e relacionamento, deixando de lado todo profissionalismo rude e obtendo um elo de confiança entre ambos.

Referências

MOYLES, J. R. ***Só brincar? O papel do brincar na educação infantil***. Porto Alegre: Artmed, 2012. 202p. disponível em: www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/793/896 Acessado em: setembro de 2013

PIMENTA, Selma G e FRANCO, Maria A. Santoro. ***Pesquisa em educação. Possibilidades investigativas/formativas da pesquisa-ação***. São Paulo: Edições Loyola, 2008

SABATES, A. L. ***O brinquedo como instrumento na assistência de enfermagem à criança***. In: CONGRESSO PAULISTA DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA, São Paulo, 2011. p.37-52.

SANTOS, S. M. P. et al. *Brinquedoteca. O lúdico em diferentes contextos*. Petrópolis,

RJ: Vozes, 2010. 144p. Disponível: www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/793/896 Acessado em: outubro de 2013

VALLADARES, A. C. A. *Arte-terapia no contexto hospitalar pediátrico*. Revista do

Departamento de Arte-Terapia do Instituto Sedes Sapientiae, ano V, n. 4, 2000/2001.

p.20-25. Disponível em: www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/793/896 acessado em: 18 de setembro de 2013

Agradecimentos

Agradecemos a FACULDADE VALE DO SALGADO e em especial a coordenação do curso de Enfermagem que tem nos incentivado e apoiado de todas as maneiras possíveis.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Ariadne Gomes Patrício Sampaio – Mestrado em Desenvolvimento Regional Sustentável - Universidade Federal do Cariri-UFCA / Faculdade Leão Sampaio / Caminhos do Cuidado – Fiocruz. E-mail: adnesampaio@gmail.com

Leonardo Araújo Sampaio – Caminhos do Cuidado - Fiocruz.

Mônica Maria da Silva Vieira – Faculdade Leão Sampaio - FLS

Magnollya Moreno de Araújo Lelis – Universidade Federal do Cariri - UFCA

Carolina Aires de Castro –Caminhos do Cuidado – Fiocruz - ESP-CE

Verônica Salgueiro do Nascimento – Universidade Federal do Cariri - UFCA

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde. Saúde Mental. Drogas. Sustentabilidade. Cuidado.

,

Resumo

Na Estratégia Saúde da Família (ESF) o Agente Comunitário de Saúde (ACS) atua junto à equipe com ações em busca da promoção da saúde da comunidade. Desejou-se relatar uma vivência de discussão sobre o cuidado em saúde mental com ênfase em crack, álcool e outras drogas através do curso de Formação Caminhos do Cuidado da parceria da Fundação Oswaldo Cruz e Grupo Hospitalar Conceição realizado com 37 ACS em um município da região metropolitana do Cariri, situado no sul do Ceará. Relatou-se o quarto dia de encontro com as atividades sugeridas no caderno de apoio (discussão de casos clínicos com textos; a construção da Caixa de Ferramentas a partir das indagações: O que tenho? O que preciso ter? O que posso construir?) com a finalidade de uma construção coletiva das estratégias de intervenção. No debate, os ACS apontaram os caminhos de como cuidar das pessoas referidas em cada caso, mas, sobretudo de repensou-se sua prática para outras possibilidades. Pôde-se perceber o desejo que os ACS demonstravam em conhecer algo novo e de se surpreender com as ações que já realizam, mas não denominadas por eles como encontraram nos textos. Assim, essa formação pôde auxiliar na compreensão da promoção da saúde e da sustentabilidade, uma vez que a metodologia proposta pelo curso instigou o pertencimento do ACS como agente de transformação em sua comunidade e o empoderamento para cuidar de pessoas que sofrem com o estigma da doença mental e do uso de crack, álcool e outras drogas.

Introdução

Na Estratégia Saúde da Família (ESF) o Agente Comunitário de Saúde (ACS) atua junto à equipe com ações em busca da promoção da saúde da comunidade. Destaca-se como um profissional que exerce o importante papel de mediador entre a comunidade e a equipe de ESF, valorizando o aspecto cultural existente no território para os cuidados a ela oferecido.

Como atribuições ressalta-se que o ACS atua como agente do processo de transformação de situações-problema que prejudicam a qualidade de vida das pessoas, sobretudo através dos determinantes sociais do adoecimento, como situações diretamente ligadas a higiene (destino do lixo, saneamento básico), as condições precárias de moradia, exclusão social, desemprego, violências, acidentes e uso de drogas lícitas e ilícitas, entre outras (BRASIL, 2009).

Assim, verifica-se que o ACS tem um importante papel na sociedade, uma vez que, para Silva; Damaso (2002), esse profissional não é apenas um técnico em saúde, mas assume sua função de reorientar na compreensão do novo modelo de concepção de saúde, de discussão sobre os problemas de saúde com a comunidade e de incentivá-la para o exercício de cidadania e de inclusão social.

Deste modo, entende-se que o processo de trabalho do ACS na comunidade é amplo, considerando a necessidade de um cuidado integral à saúde de cada indivíduo que o assiste. Brasil (2013c) refere que a busca por uma atenção integral de saúde dar-se através de vínculos que os profissionais estabelecem com a comunidade que os aproximam e possibilitam um acompanhamento, uma vez que a Atenção Básica de Saúde é considerada o contato preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS) com a comunidade.

Pensando na importância do cuidado, Boff (2012) cita que se trata de uma palavra que deve ser usada como um substantivo e não como um adjetivo que podemos atribuir ou não, mas como algo presente, constante com todos os seres vivos, não se restringindo apenas a espécie humana.

Partindo da premissa da necessidade de se promover um cuidado integral e que o ACS atua na Atenção Básica de Saúde, questiona-se sobre quais as estratégias de cuidado utilizadas por ele relacionadas à saúde mental e ao uso de álcool, crack e outras drogas?

Portanto, despertou-se para conhecer as estratégias de cuidado em saúde mental, crack, álcool e outras drogas a partir de uma reflexão de ferramentas que podem ser utilizadas na atenção básica e através do que os próprios ACS já realizam.

Oportunizou-se então para relatar uma experiência de um encontro promovido pelo curso Caminhos do Cuidado que aborda a Formação em Saúde Mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos de enfermagem da Atenção Básica destacando a construção de estratégias de cuidado na área supracitada.

Esse curso é uma parceria da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) do Rio de Janeiro e do Grupo Hospitalar Conceição, do Rio Grande do Sul como proposta do eixo Cuidado do plano integrado “Crack, é possível vencer” do Ministério da Justiça com a intenção de formar 290.760 alunos (BRASIL, 2013b).

A proposta do curso se baseia em valorizar a singularidade dos sujeitos, considerando o tratamento para álcool, crack e outras drogas com diversas possibilidades e convidando a refletir e construir uma rede de cuidado integral, valorizando e defendendo a vida (BRASIL, 2013c).

Para isso, são trabalhados, em cinco dias, três eixos temáticos: Eixo 1 - Conhecendo o território, as redes de atenção, os conceitos, políticas e às práticas de cuidado em saúde mental; Eixo 2- A caixa de ferramentas dos ACS e ATEnf na Atenção Básica; Eixo 3- Eixo transversal (Reforma psiquiátrica; Redução de Danos e Integralidade do Cuidado como diretrizes para intervenção em saúde mental e no uso de álcool, crack e outras drogas (BRASIL, 2013c).

Metodologia

O presente estudo relata um momento de uma vivência de discussão sobre o cuidado em saúde mental com no ênfase crack, álcool e outras drogas através do curso de Formação Caminhos do Cuidado realizado com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em um município da região metropolitana do Cariri, situado no sul do Ceará.

Participaram desse encontro 37 ACS de zona rural e urbana no mesmo município em que a discussão foi facilitada por dois tutores que participam do referido curso de formação, supervisionados por uma orientadora sobre os aspectos clínicos e pedagógicos. Não houve inscrição de ATEnf nessa turma.

Esse trabalho relata o momento de trabalho sobre o eixo 2, discutido no 4º. dia de encontro com o uso de atividades sugeridas no caderno de apoio, com a finalidade de uma construção coletiva das estratégias de intervenção.

Inicialmente foi realizada a divisão da turma em quatro grupos para leitura e discussão de um texto sobre ferramentas para o cuidado em saúde mental apoiado de um caso clínico. Cada grupo confeccionou um pôster usando papel pardo e pincéis coloridos como material para a apresentação e debate de suas propostas. Os textos foram sobre: 1-Projeto Terapêutico Singular; 2- Genograma e Ecomapa; 3- Mobilização Social e Comunitária; 4-Rede de Atenção Psicossocial – RAPS.

Com o debate, desejava-se que os ACS apontassem o caminho de como cuidar das pessoas referidas em cada caso, mas, sobretudo de repensar sua prática para outras possibilidades.

A segunda atividade foi a construção da Caixa de Ferramentas para qualificar as ações dos ACS no cotidiano de trabalho. Utilizou-se de uma metodologia em que todos participaram escrevendo em uma tarjeta de papéis de diferentes cores a respostas das indagações: O que tenho? O que preciso ter? O que posso construir? A partir disso foi construído um painel no chão com o agrupamento das respostas, conforme a percepção do grupo.

Finalizou-se o dia de encontro com a leitura de um texto sugerido pelo caderno de apoio com o título “Caixa de ferramentas para o trabalho em Saúde Mental”.

Resultados e Discussão

A proposta da construção da caixa de ferramentas do ACS e ATEnf para o cuidado em saúde mental iniciou-se com a divisão dos grupos para a leitura e discussão dos casos embasados nos textos: Projeto Terapêutico Singular; Genograma e Ecomapa; Mobilização social e comunitária; Rede de Atenção Psicossocial – RAPS.

Essa atividade foi muito rica, pois durante a leitura e discussão em pequenos grupos pôde-se perceber o desejo que os ACS demonstravam em conhecer algo novo e de se surpreender com as ações que já realizam, mas não denominadas por eles como encontraram no caderno de apoio.

Demonstraram zelo para explicar detalhes aos colegas dos itens que não eram conhecidos, como por exemplo, o genograma e ecomapa. Concluíram, durante a construção deste que podem usá-lo para outras situações, ou melhor, para qualquer situação que encontrem na comunidade, assim como o projeto terapêutico singular.

O genograma é uma ferramenta que tem por finalidade mostrar, de forma organizada e sintética, os dados da família e suas relações. Por isso, é usado como instrumento clínico de trabalho não restrito à saúde mental, mas bem aceito por considerar aspectos de vulnerabilidades psicossociais e biológicas (BRASIL, 2014).

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

O ecomapa objetiva representar o processo interativo da família com instituições ou grupos sociais que o indivíduo participe em algum momento, ajudando a compreender os padrões de organização das famílias (BRASIL, 2014).

Também pontuaram, que apesar de poderem usar essas ferramentas não só na saúde mental, compreenderam que, por ser singular, não podem generalizar, mas identificar os casos necessários, pois reconhecem o limite técnico de não abranger a todos.

O Projeto Terapêutico Singular “é uma variação da discussão de “caso clínico” e geralmente é dedicado às situações mais complexas.” (BRASIL, 2014, p. 69), pois são propostas terapêuticas resultantes de uma discussão da equipe que atende o indivíduo ou a coletividade (BRASIL, 2013c)

Aproveita-se a oportunidade também para ressaltar que, alguns ACS que terminaram a discussão em seus mini-grupos antes dos demais foram em outros grupos para ver o que faziam e abordaram: “*O que vocês estão fazendo? Nossa! O que é mesmo esse desenho? Queria ter ficado aqui para fazer com vocês e conhecer essa novidade*” Se referiam ao ecomapa e genograma, pois o ACS que começou a desenhar é elogiado, por unanimidade, por ser metódico e detalhista com seus mapas do território na unidade e que outros ACS solicitam que ele o ajude, quando necessário.

O grupo que ficou com o caso e texto sobre a mobilização social e comunitária aproveitou a oportunidade para socializar um caso que uma ACS teve na sua micro-área. Ela compartilhou que uma vez teve que mobilizar a comunidade para ajudar uma família e foi muito criticada e questionada por algumas pessoas do porquê ela estar se envolvendo com o problema da família. Pontuou que os questionamentos de quem deveria estar providenciando a resolução da família era o próprio governo e não ela como um simples ACS. Contudo, não perdeu sua autoestima por ser chamada de “simples ACS” e que as palavras irônicas não fizeram desistir de mobilizar a comunidade.

Durante as reuniões que fez com as pessoas da comunidade, percebia que se não fosse uma atividade sua como ACS, agora seria uma atividade enquanto pessoa. Essa explicação da ACS comunga com o que Boff (2012, p. 20) afirma que “o grau da humanidade de um grupo humano se avalia pelo nível de solidariedade, de cooperação e de compaixão que cultiva face aos coiguais necessitados”.

Quando a ACS precisou realizar em outros momentos, os moradores já não estranharam sua atitude e colaboraram mais efetivamente. Isso reflete o que Paulo Freire alerta que antes de reconhecer que o sujeito é profissional e que deve ter um compromisso com a sociedade ele é homem e deve ser comprometido por si mesmo e com o contexto histórico e social (FREIRE, 2011).

A partir das apresentações dos pôsteres construídos, pôde-se introduzir a atividade seguinte que também aborda a caixa de ferramenta dos ACS, partindo das perguntas sugeridas no caderno de atividade.

Fizemos um desenho ilustrativo da “Caixa de Ferramentas do ACS” e expomos no chão para possibilitar, de fato, a construção dessa com a percepção dos participantes. Percebeu-se, no início, certo receio de se expor. Contudo, à medida que alguns iam colocando sua palavra no chão, foram ficando mais tranquilos e participaram.

Surgiu o seguinte questionamento: esse receio seria por medo de exposição ou também por nunca ter refletido sobre o que já possuíam de ferramenta de trabalho? Ou melhor, de atribuir que determinado substantivo, adjetivo ou verbo seriam SUAS, prejudicando um pouco a noção de pertencimento.

Dentre as palavras sobre as ferramentas que já possuem foram destacadas a escuta, amor, consciência, paciência, entre outras, sobretudo o diálogo e a coragem, mais citadas. Estas são caracterizadas como itens que demonstram sua autonomia, seu desejo de poder cuidar, do não conformismo e utilizar as tecnologias leves na promoção da saúde. Boff (2012, p. 14) quando aborda a importância de um comportamento sustentável reforça sobre a necessidade da valorização do cuidado como algo central na vida humana, “seguramente chegaremos a um estágio de sustentabilidade geral que nos propiciará desafogo, alegria de viver e esperança de mais história a construir rumo a um futuro mais promissor”.

Já a reflexão sobre “O que preciso ter?” e “O que posso construir”, eles foram mais espontâneos e desejosos de participar, como se aquele fosse o momento de falar, desabafar e pedir auxílio. E foi um momento deles. Escreveram com muita expressividade que precisam de apoio, complementado por algumas tarjetas sobre necessidades de ter possibilidades e paciência. Referiram-se sobre apoio da administração pública, com materiais de trabalho, viabilização da resolutividade dos casos encaminhados por eles.

Quanto ao que podem construir citaram “uma saúde melhor”, “uma sociedade melhor”, confiança, cidadania, união, progresso, etc.

Teve-se o cuidado de organizar as falas de todos os que queriam se apresentar e pontuaram-se alguns itens da discussão. Foi um momento em que se refletiu sobre a importância das tecnologias leves de cuidado, já existentes e que devemos potencializa-las para uma melhor efetividade.

Portanto, refletir sobre as ações, segundo FREIRE (2011) é a primeira característica da relação humana e a partir dela o homem pode compreender a realidade para buscar soluções. Assim, refletiu-se sobre o papel social de cada profissional na sociedade, que temos uma rede interligada e que fazemos parte dessa rede com igual importância ao outros sujeitos e serviços.

Conclusão

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

A experiência vivida nesse curso de formação demonstrou o quanto se faz necessário refletir sobre as ações de cuidado como algo que deve fazer parte da essência de cada ser humano e implementado também no processo de trabalho de cada um.

Foi extremamente enriquecedor poder aprender com tantas histórias de vidas socializadas durante as discussões sobre o processo de trabalho. Além disso, conhecer a percepção do ACS ao se deparar com novas tecnologias, mas, sobretudo de refletir com ele sobre suas potencialidades, com o regate de seus valores e autoestima.

Os questionamentos foram pontos de partida para refletir sobre novas ideias e dessa forma, reconhece-se a contribuição do curso na busca do cuidado integral aos usuários de saúde mental e crack, álcool e outras drogas pelos profissionais que estão diretamente na comunidade que necessita ser valorizada e bem cuidada.

Assim, essa formação pôde auxiliar na compreensão da promoção da saúde e da sustentabilidade, uma vez que a metodologia proposta pelo curso instigou o pertencimento do ACS como agente de transformação em sua comunidade e o empoderamento para cuidar de pessoas que sofrem com o estigma da doença mental e do uso de crack, álcool e outras drogas.

Referências

BOOF, Leonardo. **Sustentabilidade: o que é: o que não é**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

BRASIL. **Caminhos do Cuidado** Boletim informativo , Dezembro de 2013a. Disponível em: <http://www.caminhosdocuidado.org/wp-content/uploads/2014/02/Boletim_Caminhos_do_Cuidado.pdf> Acesso em 14/08/14.

_____. **Caminhos do Cuidado: caderno do tutor** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde; Grupo Hospitalar Conceição, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 180 p. : il. Disponível em: <http://www.caminhosdocuidado.org/wp-content/uploads/2013/09/caderno_tutor-leitura.pdf> Acesso em 14/08/14.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 84 p. : il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf> Acesso em 14/08/14.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental/Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Estratégicas. **Caderno de Atenção Básica, n.34**. Brasília, 2013c Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf> Acesso em 15/08/14

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 112 p.: il. – (**Cadernos de Atenção Básica, n. 39**) Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_39.pdf> Acesso em 15/08/14

FREIRE, Paulo. **Educação e mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

SILVA, Joana Azevedo da; DALMASO, Ana Sílvia Whitaker. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v6, n10, p.75-96, fev 2002. Disponível em: <<http://www.registro.unesp.br/sites/museu/basededados/arquivos/00000186.pdf>> Acesso em 14/08/14.

Agradecimentos

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Agradecimentos a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e Grupo Hospitalar Conceição pela oportunidade da tutoria em um curso que possui uma proposta instigante, provocativa para mudança de atitudes com o convite à valorização do sujeito que sofre de transtorno mental e faz uso de crack, álcool e outras drogas com a sua subjetividade e singularidade. A proposta metodológica permite que cada sujeito, tutor e ACS sejam ator de sua história e encontre possibilidades de cuidar e não se restrinja a uma única opção.

À Escola de Saúde Pública do Ceará que coordena, supervisiona e orienta as turmas de formação nesse Estado e que a cada dia nos proporciona a viver os “Caminhos do Cuidado”.

Agradecimento também ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional Sustentável (PRODER) da Universidade Federal do Cariri – UFCA, pela oportunidade de refletirmos sobre a sustentabilidade em todas as dimensões ampliando o nosso olhar para a promoção da saúde.

Sonolência excessiva diurna, hábitos do sono e Acidente Vascular Encefálico

Kézia Katiane Medeiros da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. (kezia_taty@hotmail.com)

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

Giovanna Karinny Pereira Cruz – Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Marcos Antonio Ferreira Júnior – Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

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

Fabiana Barbosa Gonçalves – Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Palavras-chave: Epworth. Hábitos do Sono. Acidente Vascular Encefálico.

RESUMO

O OBJETIVO DESTES ESTUDO FOI INVESTIGAR A SONOLÊNCIA EXCESSIVA DIURNA E OS HÁBITOS DE SONO APÓS A OCORRÊNCIA DE UM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE). A PESQUISA DO TIPO TRANSVERSAL FOI REALIZADA COM UM GRUPO DE INDIVÍDUOS SAUDÁVEIS E UM GRUPO DE PACIENTES PÓS-AVE. UTILIZOU-SE INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DOENÇA (NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH STROKE SCALE), SONOLÊNCIA EXCESSIVA DIURNA (EPWORTH) E HÁBITOS DO SONO. FORAM ENTREVISTADOS 41 INDIVÍDUOS, 24 PACIENTES E 17 SAUDÁVEIS, COM IDADE ENTRE 41-84 ANOS ($50,7 \pm 9,6$ ANOS). A MAIORIA DOS PACIENTES APRESENTOU COMPROMETIMENTO NO HEMISFÉRIO DIREITO DE GRAU LEVE A MODERADO, ENCONTRADOS NA FASE CRÔNICA. OS PACIENTES APRESENTARAM QUALIDADE DE SONO DISCRETAMENTE PIOR E GRAU DE SONOLÊNCIA EXCESSIVA DIURNA SEMELHANTE AOS INDIVÍDUOS SAUDÁVEIS. AO OBSERVAR O NÚMERO DE QUEIXAS RELACIONADAS AO SONO, A INSÔNIA FOI A MAIS CITADA PELOS PACIENTES.

INTRODUÇÃO

NA ÁREA MÉDICA, O CONCEITO ATUAL DE “ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO” (AVE) AMPLIA O CONCEITO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) PARA DESCREVER O COMPROMETIMENTO DA FUNÇÃO ENCEFÁLICA QUE PODE SER CAUSADO POR UMA VARIEDADE DE ALTERAÇÕES HISTOPATOLÓGICAS EM UM (FOCAL) OU VÁRIOS (MULTIFOCAIS) VASOS SANGUÍNEOS. A OBSTRUÇÃO OU ROMPIMENTO DE UMA ARTÉRIA FORNECEDORA DE SANGUE AO ENCÉFALO PODE CAUSAR A INTERRUPÇÃO NO SUPRIMENTO DE SANGUE À ÁREA ENCEFÁLICA ATINGIDA, E AS SEQUELAS ADVINDAS DESTA HIPOPERFUSÃO PODE AFETAR UM DOS HEMISFÉRIOS CEREBRAIS (UNILATERAL) OU AMBOS (BILATERAL). AS ALTERAÇÕES VASCULARES GERAM SEQUELAS EM TODA A REGIÃO ENCEFÁLICA, COM O SURGIMENTO AGUDO OU CRÔNICO DE DÉFICITS NEUROLÓGICOS, MOTORES, SENSITIVOS E COGNITIVOS (OMS, 2006; FALCÃO ET AL., 2004; RIBEIRO, 2004).

O AVE REPRESENTA A TERCEIRA CAUSA DE MORTE NO MUNDO E A MAIS IMPORTANTE GERADORA DE INCAPACIDADES CRÔNICAS. NO BRASIL, O NÚMERO DE VÍTIMAS FATAIS ATINGIU A MARCA DE APROXIMADAMENTE 90.000 MIL INDIVÍDUOS EM 2002, COM UM CRESCIMENTO PARA 100 MIL INDIVÍDUOS NA DÉCADA SEGUINTE. ESTE ÍNDICE DE MORTALIDADE POR AVE É CONSIDERADO O MAIS ELEVADO ENTRE OS PAÍSES DA AMÉRICA LATINA, QUANDO OS CASOS ISQUÊMICOS SÃO OS DE MAIOR PREVALÊNCIA. DE FORMA SEMELHANTE AOS DADOS INTERNACIONAIS, A ISQUEMIA É A CAUSA MAIS FREQUENTE NA CIDADE DE NATAL- RN, NO QUAL A HIPERTENSÃO ARTERIAL É UM FATOR DE RISCO ASSOCIADO MAIS COMUM (TELES ET AL., 2012; SANTOS ET AL., 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

DE ACORDO COM O MECANISMO CAUSAL, O AVE PODE SER CLASSIFICADO EM DUAS CATEGORIAS: ISQUÊMICO QUE REPRESENTA 85% DOS CASOS OCORRIDOS E POSSUI COMO PRINCIPAIS CAUSAS A FORMAÇÃO DE TROMBOS, EMBOLISMO OU PROBLEMAS QUE OCASIONAM A BAIXA PRESSÃO DE PERFUSÕES SISTÊMICAS E A FALTA DE SUPRIMENTO SANGUÍNEO NOS VASOS CRANIANOS, COM ALTERAÇÃO DIRETA À ÁREA ENCEFÁLICA IRRIGADA; E O HEMORRÁGICO QUE REPRESENTA 15% DOS CASOS DESCRITOS E CUJAS PRINCIPAIS CAUSAS PODEM SER TRAUMA OU ANEURISMA, QUANDO PODE OCORRER SANGRAMENTO PARA DENTRO DAS ÁREAS EXTRAVASCULARES DO ENCÉFALO E AUMENTO DA PRESSÃO INTRACRANIANA E, CONSEQUENTEMENTE, RESTRIÇÃO DO FLUXO SANGUÍNEO NAS ESTRUTURAS AFETADAS E LESÃO TECIDUAL (MASSARO ET AL., 2002; PIRES; GAGLIARD, 2004).

A IDENTIFICAÇÃO E O CONTROLE DOS FATORES DE RISCO SÃO FUNDAMENTAIS NA REDUÇÃO DO NÚMERO DE NOVOS CASOS DE AVE E SUA REINCIDÊNCIA. DESSE MODO, HÁ INÚMEROS FATORES DE RISCO PARA OCORRÊNCIA DO AVE, QUE PODEM INCLUIR IDADE, HEREDITARIEDADE, ETNIA, HIPERTENSÃO, DIABETES MELLITUS, DISLIPIDEMIAS, TABAGISMO, USO EXCESSIVO DE ÁLCOOL E DROGAS, CARDIOPATIAS, USO DE ANTICONCEPCIONAIS ORAIS E SEDENTARISMO (SANTOS ET AL., 2012).

ESTA DOENÇA TAMBÉM PODE INDUZIR A DIVERSOS DISTÚRBIOS MOTORES E SOMATOSSENSORIAIS SUPRACITADOS, QUE MUITAS VEZES PODEM SER AVALIADOS APENAS DURANTE A FASE DA VIGÍLIA. NO ENTANTO, AS CONSEQUÊNCIAS NÃO SE LIMITAM ÀS ATIVIDADES EXERCIDAS DURANTE O DIA, POIS AFETAM O DESEMPENHO DE FUNÇÕES IMPORTANTES DURANTE À NOITE, PRINCIPALMENTE O PADRÃO DE SONO DOS PACIENTES (GORGONZI, 2004; SBDCV, 2002).

O SONO É UM ESTADO FISIOLÓGICO ESPECIAL QUE OCORRE NA MAIORIA DE SERES VIVOS. EXISTEM DOIS PADRÕES FUNDAMENTAIS DE SONO: SEM MOVIMENTOS OCULARES RÁPIDOS (NREM), QUE É COMPOSTO POR TRÊS ETAPAS EM GRAU CRESCENTE DE PROFUNDIDADE, OS ESTÁGIOS I, II, E III; E COM MOVIMENTOS OCULARES RÁPIDOS (REM), QUE RECEBE A DENOMINAÇÃO DE SONO PARADOXAL OU SONO DESSINCRONIZADO. EM INDIVÍDUOS SAUDÁVEIS, ESTAS FASES OCORREM DE FORMA ALTERNANTE DURANTE TODA A NOITE DE SONO, EM TORNO DE 5 A 6 CICLOS COM DURAÇÃO MÉDIA DE 60 MINUTOS, QUE TOTALIZA APROXIMADAMENTE 8 HORAS DE SONO DURANTE A NOITE. CADA ESTÁGIO DE SONO TEM SUA DEVIDA IMPORTÂNCIA PARA A SAÚDE E QUALQUER DISTÚRBO NA ARQUITETURA DO SONO PODE GERAR UM SONO FRAGMENTADO E DE BAIXA QUALIDADE (FERNANDES, 2006; TUFIK, 2008).

OS POUCOS TRABALHOS APRESENTADOS SOBRE O TEMA AVE E O SONO APONTAM PARA UMA ESTREITA RELAÇÃO ENTRE ESTA DOENÇA E AS ALTERAÇÕES NO PADRÃO DE SONO, TAIS COMO RONCOPATIA E SONOLÊNCIA EXCESSIVA DIURNA. O MECANISMO COMPLEXO DE CONTROLE DE SONO DEPENDE DE ÁREAS ENCEFÁLICAS ESPECÍFICAS COMO O TRONCO CEREBRAL, HIPOTÁLAMO, TÁLAMO E ESTRUTURAS NEOCORTICAIS (SCHUILLING ET AL., 2005).

TEM COMO CAUSA OS PREJUÍZOS NOS PADRÕES DE SONO, EVIDENCIADA A REDUÇÃO NA EFICIÊNCIA DO SONO, O AUMENTO DOS DESPERTARES DURANTE A NOITE E A DIMINUIÇÃO DE EPISÓDIOS DO SONO REM EM PACIENTES. EM CONJUNTO, TODOS OS DISTÚRBIOS PROVOCAM UM SONO PERTURBADO, IMPEDEM QUE O INDIVÍDUO PASSE POR TODAS AS FASES DO SONO REGULARMENTE. AS CONSEQUÊNCIAS INCLUEM DISFUNÇÕES DURANTE O DIA, COMO SONOLÊNCIA EXCESSIVA DIURNA, IRRITAÇÃO E CANSAÇO, E TAMBÉM DURANTE A NOITE COMO INSÔNIA, ENURESE NOTURNA, HIPERSONIA E RONCO PRIMÁRIO. (TUREK; DUGOVIC; ZEE, 2001; AUTRET ET AL., 2001).

TAIS DISTÚRBIOS PODEM LEVAR O INDIVÍDUO A TER O SONO FRAGMENTADO COM MÚLTIPLOS DESPERTARES E PROVOCAR REDUÇÃO DA OXIGENAÇÃO NOS TECIDOS DO CORPO, AUMENTO DA PRESSÃO ARTERIAL E INDUZIR O ACÚMULO DE GORDURA NOS VASOS SANGUÍNEOS E GERAR ATEROSCLEROSE. A ASSOCIAÇÃO DESTES FATORES CAUSA PROBLEMAS DE COAGULAÇÃO SANGUÍNEA, TROMBOSE E EMBOLISMO, QUE A DEPENDER DA GRAVIDADE, PREDISPÕEM AO DESENVOLVIMENTO DE ARRITMIA CARDÍACA, INFARTO E AVE. (MELLO ET AL., 2002).

PORTANTO, OS PROBLEMAS DE SONO PODEM SER TANTO DECORRENTES DO AVE COMO TAMBÉM UM FATOR DE RISCO ADICIONAL PARA A OCORRÊNCIA DE UM AVE OU PARA A PIORA DO QUADRO DOS PACIENTES PÓS-AVE. DESSA FORMA, O AVE E OS PROBLEMAS

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

DE SONO PODEM SEGUIR DUAS DIREÇÕES NA RELAÇÃO CAUSA-EFEITO; O AVE QUE INDUZ O SURGIMENTO DE ALTERAÇÕES NOS PADRÕES DE SONO COMO TAMBÉM EM CONSEQUÊNCIA DE UM SONO DE MÁ QUALIDADE, O QUE PODE TORNAR EM CICLO VICIOSO E ALTAMENTE PERIGOSO PARA A SAÚDE, O BEM-ESTAR E A QUALIDADE DE VIDA (OMS, 2006).

DIANTE DO EXPOSTO, O PRESENTE ESTUDO TEVE COMO OBJETIVO INVESTIGAR A SONOLÊNCIA EXCESSIVA DIURNA E HÁBITOS DE SONO APÓS A OCORRÊNCIA DE UM AVE, BEM COMO A PRESENÇA DE CORRELAÇÕES DESTAS VARIÁVEIS COM O GRAU DE COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO E O TEMPO DE SEQUELA.

METODOLOGIA

OS PARTICIPANTES DESTA PESQUISA TRANSVERSAL FORAM SELECIONADOS POR MEIO DO MÉTODO DE AMOSTRAGEM POR CONVENIÊNCIA, DE FORMA NÃO PROBABILÍSTICA E DO TIPO VOLUNTÁRIA. A AMOSTRA FOI CONSTITUÍDA POR 41 SUJEITOS, DIVIDIDOS EM UM GRUPO DE 24 PACIENTES COM SEQUELA DE AVEI, REGISTRADOS NAS CLÍNICAS INTEGRADAS DO CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE (UNIRN) OU NOS SERVIÇOS PÚBLICOS CONVENIADOS DE FISIOTERAPIA DA CIDADE DE NATAL/RN; E POR OUTRO GRUPO DE 17 INDIVÍDUOS SAUDÁVEIS (AUSÊNCIA DE CO-MORBIDADES), COMPOSTO POR FUNCIONÁRIOS DA ESCOLA DOMÉSTICA DE NATAL (ED), DO COMPLEXO EDUCACIONAL HENRIQUE CASTRICIANO (HC), DO UNIRN E DO PÚBLICO EXTERNO.

OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO UTILIZADOS PARA O GRUPO DOS PACIENTES FORAM: DIAGNÓSTICO DE AVEI UNILATERAL E NÃO RECORRENTE, ESCOLARIDADE MÍNIMA DE 3 ANOS E TEMPO DE LESÃO DE 0 A 36 MESES, E PARA OS INDIVÍDUOS SAUDÁVEIS O CRITÉRIO FOI A AUSÊNCIA DE CO-MORBIDADES (CIRS IGUAL A ZERO) E ESCOLARIDADE MÍNIMA DE 3 ANOS. OS CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO ADOTADOS PARA OS PACIENTES FORAM: PRESENÇA DE TRANSTORNOS COGNITIVOS GRAVES, AFASIA E USO DE ANSIOLÍTICOS, ANTIDEPRESSIVOS OU NEUROLÉPTICOS. ENTRE OS SAUDÁVEIS, FORAM EXCLUÍDOS AQUELES COM TRANSTORNOS COGNITIVOS, TRABALHADORES NOTURNOS OU EM TURNOS ALTERNANTES, OU QUE TIVESSEM REALIZADO VIAGEM TRANSMERIDIANA RECENTE. AS COLETAS DOS DADOS FORAM REALIZADAS NO PERÍODO DE 2010 A 2012.

TODOS PARTICIPANTES CONSIDERADOS APTOS, POR ATENDEREM AOS CRITÉRIOS ESTABELECIDOS NA PESQUISA, FORAM ENTREVISTADOS SEGUINDO UMA FICHA DE AVALIAÇÃO DE DADOS GERAIS, COM REGISTRO DO NOME, ENDEREÇO, TELEFONE, DATA DE NASCIMENTO, IDADE, SEXO, ESCOLARIDADE E DATA DA ENTREVISTA. ALÉM DISSO, ESTES DADOS PERMITIRAM A OBTENÇÃO DE DADOS ESPECÍFICOS PARA O GRUPO DE PACIENTES, TAIS COMO O LAUDO DA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA, HISTÓRICO DA DOENÇA, FATORES DE RISCO PRESENTES, MEDICAÇÃO UTILIZADA E TEMPO DE SEQUELA.

A METODOLOGIA ESPECÍFICA PARA OS INDIVÍDUOS SAUDÁVEIS INCLUIU A ESCALA DE AVALIAÇÃO DE CO-MORBIDADES (CIRS) COMO MAIS UM CRITÉRIO DE INCLUSÃO, A FIM DE ASSEGURAR O ESTADO ATUAL DE SAÚDE DOS INDIVÍDUOS CONSIDERADOS SAUDÁVEIS. A ESCALA DE AVALIAÇÃO CIRS (CUMULATIVE ILLNESS RATING SCALE) CONSISTE EM UMA AVALIAÇÃO CLÍNICA PADRONIZADA DA SAÚDE GERAL DO INDIVÍDUO EM SEIS SISTEMAS ORGÂNICOS, COM ESCORES QUE VARIAM DE 0 A 4. POR OUTRO LADO, APENAS COM OS PACIENTES FOI UTILIZADA A ESCALA NIHSS (NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH STROKE SCALE) PARA DESCREVER O GRAU DE ACOMETIMENTO NEUROLÓGICO APÓS O AVE. ESTA ESCALA POSSUI 11 ITENS PARA A AVALIAÇÃO DE ASPECTOS COMO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, MOVIMENTOS OCULARES, MOVIMENTOS FACIAIS, FUNÇÃO MOTORA E ATAXIA DE MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, ASSIM COMO SENSIBILIDADE, LINGUAGEM, PRESENÇA DE DISARTRIA E DE NEGLIGÊNCIA VÍSUO-ESPACIAL. ALÉM DISSO, COM OS PARTICIPANTES DOS DOIS GRUPOS DA PESQUISA FORAM APLICADOS QUESTIONÁRIOS PADRONIZADOS SOB A FORMA DE ENTREVISTA PARA AVALIAÇÃO DOS PADRÕES DE SONO (HÁBITOS DO SONO E ESCALA DE SONOLÊNCIA DIURNA DE EPWORTH).

A PESQUISA SE INICIOU APÓS APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA LIGA NORTE RIOGRANDENSE CONTRA O CâNCER (PARECER Nº 073/073/2010). DE ACORDO COM AS EXIGÊNCIAS DA RESOLUÇÃO Nº 466/12, DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SOBRE A BIOÉTICA, OS RESULTADOS DA PESQUISA PODEM SER DIVULGADOS SEM A IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES E OS PROTOCOLOS ARQUIVADOS POR CINCO ANOS NO CURSO DE FISIOTERAPIA DO UNIRN.

A ANÁLISE DESCRITIVA (MEDIANA, MÉDIA E DESVIO PADRÃO) E COMPARATIVA DOS DADOS OBTIDOS NOS QUESTIONÁRIOS DE QUALIDADE DO SONO, HÁBITOS DO SONO, SONOLÊNCIA EXCESSIVA DIURNA E QUALIDADE DE VIDA DOS GRUPOS DE SAUDÁVEIS E PACIENTES PÓS-AVE FORAM REALIZADAS COM USO DOS PROGRAMAS STATISTIC 7 E SPSS 17.0, COM USO DO TESTE NÃO PARAMÉTRICO DE MANN-WHITNEY. PARA A CORRELAÇÃO DESTES PARÂMETROS COM O TEMPO DE SEQUELA E O GRAU DE COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO FOI UTILIZADO À CORRELAÇÃO DE SPEARMAN. PARA TODOS OS TESTES ESTATÍSTICOS, FOI ATRIBUÍDO O NÍVEL DE SIGNIFICÂNCIA DE $P < 0,05$.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A AMOSTRA FOI CONSTITUÍDA POR 41 PARTICIPANTES, DESTES 24 PACIENTES (♀= 14; ♂=10) COM IDADE DE $55,2 \pm 10,3$ ANOS E POR 17 INDIVÍDUOS SAUDÁVEIS (♀= 4; ♂=13) COM IDADE DE $44,3 \pm 3,6$ ANOS. ENTRE OS PACIENTES FOI OBSERVADO A PREVALÊNCIA DO NÚMERO DE MULHERES, SEMELHANTE AO ESTUDO DE CAVALCANTI ET AL. (2010), NO QUAL MOSTRA QUE PODE HAVER A PREDOMINÂNCIA DISCRETA DO SEXO FEMININO (51,1%) TAMBÉM NESTE GRUPO. ENTRETANTO, HÁ DIVERSAS PESQUISAS ANTERIORES QUE DESCREVEM A PREVALÊNCIA DO SEXO MASCULINO (FALCÃO ET AL., 2004; PIRES; GAGLIARD; GORGONZI, 2004). ESTAS DIFERENÇAS DE RESULTADOS MOSTRAM QUE, APESAR DE NÃO TER SIDO ENCONTRADA ASSOCIAÇÃO ESTATÍSTICA EM RELAÇÃO AO SEXO (ANDRÉ, 2006), ESSE PREDOMÍNIO DO SEXO FEMININO ENTRE OS PACIENTES PODE SER ATRIBUÍDO À FAIXA ETÁRIA, POIS A SOBREVIVÊNCIA DE MULHERES ATÉ IDADES MAIS AVANÇADAS É SUPERIOR À DOS HOMENS, O QUE PODERIA OCORRER UM EXCESSO APARENTE DE AVE NA POPULAÇÃO FEMININA.

O GRAU DE COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO PARA MAIORIA DOS PACIENTES FOI CLASSIFICADO DE LEVE A MODERADO (MEDIANA=3; MÉDIA= $3,8 \pm 3,3$ PONTOS), COM PREDOMINÂNCIA DO HEMISFÉRIO DIREITO (70,8%) E EM FASE CRÔNICA DE RECUPERAÇÃO DO AVE, COM TEMPO MÉDIO APÓS A LESÃO DE $17,9 \pm 15,5$ MESES (4,1% FASE AGUDA, 25% FASE SUBAGUDA E 69% FASE CRÔNICA). SEGUNDO MONTEIRO (2011), A MAIORIA DOS INDIVÍDUOS PÓS-AVE APRESENTAM HEMISFÉRIO DIREITO AFETADO, CONCORDANDO TAMBÉM COM OS ESTUDOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (2010). O ESTUDO DE COSTA ET AL. (2011) TAMBÉM ENCONTROU QUE A MAIORIA DOS PACIENTES APRESENTAM HEMISFÉRIO CEREBRAL DIREITO MAIS AFETADO (52,2%), MAS COM GRAU DE COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO DE MODERADO A GRAVE.

A DIFERENÇA DO RESULTADO NO GRAU DE COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO NO ESTUDO CITADO PODE SER ATRIBUÍDA À MAIORIA DOS PACIENTES ANALISADOS (67,5%) ENCONTRAREM-SE NA FASE AGUDA, NA QUAL É ESPERADO QUE NÃO OCORRESSE O RETORNO DAS FUNÇÕES NEUROLÓGICAS, DIFERENTEMENTE AOS NOSSOS ACHADOS EM QUE A MAIORIA DOS PACIENTES ENCONTRAVA-SE EM FASE CRÔNICA, NA QUAL PODE OCORRER RETORNO DAS FUNÇÕES MOTORAS E MELHORAS SIGNIFICATIVAS NA RECUPERAÇÃO PÓS-AVE. A CORRELAÇÃO REALIZADA ENTRE O GRAU DE COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO (SPERMAN, $R=0,43$; $P < 0,05$) E O TEMPO DE LESÃO (SPERMAN, $R=0,33$; $P < 0,05$) COM A QUALIDADE DE SONO RUIM MOSTROU QUE QUANTO MAIOR O COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO E O TEMPO DE LESÃO PIOR É A QUALIDADE DO SONO DESSES PACIENTES.

AO OBSERVAR O NÚMERO DE QUEIXAS DO SONO NO QUESTIONÁRIO HÁBITOS DO SONO, FOI VISTO QUE OS PACIENTES APRESENTARAM MEDIANA IGUAL A 1 PONTO (MÉDIA= $1,6 \pm 1,4$ PONTOS), PARA OS SAUDÁVEIS APRESENTARAM ESCORE IGUAL A ZERO (MÉDIA= $0,2 \pm 0,5$ PONTO). CONSTATOU-SE DIFERENÇA ESTATISTICAMENTE SIGNIFICATIVA PARA OS PACIENTES QUE APRESENTARAM MAIOR NÚMERO DE QUEIXAS DO QUE OS SAUDÁVEIS CONFORME O TESTE MANN-WHITNEY, $U=77,0$ $P=0,01$. A INSÔNIA FOI CITADA POR 58% DOS PACIENTES. O ESTUDO DE ROCHA (2008), TAMBÉM APONTOU A INSÔNIA COMO A QUEIXA MAIS

PREVALENTE ENTRE OS PACIENTES ACOMETIDOS POR UMA AVE, ISSO OCORREU POR SE TRATAR DE UMA QUEIXA COMUM ENTRE OS IDOSOS, QUE FAZEM PARTE EM SUA MAIORIA DESTA AMOSTRA, LEVANDO EM CONSIDERAÇÃO QUE DEPENDENDO DA ÁREA LESIONADA PELO AVE, ESSE COMPORTAMENTO TAMBÉM É ESPERADO.

NA AVALIAÇÃO DA PRESENÇA DE SONOLÊNCIA EXCESSIVA DIURNA, O GRUPO DE INDIVÍDUOS SAUDÁVEIS APRESENTOU MEDIANA IGUAL A 7 PONTOS (MÉDIA=9,2 ± 6,1 PONTOS), E OS PACIENTES APRESENTARAM MEDIANA IGUAL A 7 PONTOS (MÉDIA=7,0 ± 4,6 PONTOS). SUGERINDO ASSIM QUE NOS DOIS GRUPOS FORAM SEMELHANTES, TANTO PACIENTES COMO SAUDÁVEIS, NÃO FICOU DEMONSTRADO A PRESENÇA DE SONOLÊNCIA. ESSE RESULTADO PODE SER JUSTIFICADO PELO TAMANHO DA AMOSTRA, O QUAL DISSONIA SONOLÊNCIA EXCESSIVA DIURNA NÃO ESTEVE PRESENTE, SENDO ESTA MAIS OBSERVADA EM PACIENTES EM ESTÁGIO AGUDO E NÃO EM ESTADO CRÔNICO, O QUAL ENCONTRAVAM-SE NESTA PESQUISA.

CONCLUSÃO

A PARTIR DOS RESULTADOS DA PRESENTE PESQUISA, OBSERVOU-SE QUE EM DECORRÊNCIA DO AVE, OS PACIENTES REFERIRAM UM MAIOR NÚMERO DE QUEIXAS DE SONO, QUANDO A INSÔNIA FOI A MAIS PREVALENTE, ESSA DIFERENÇA NÃO IMPLICA NO RELATO DE SONOLÊNCIA EXCESSIVA DIURNA. SUGERE-SE QUE O AVE PODE AFETAR O PROCESSO HOMEOSTÁTICO DE REGULAÇÃO DO SONO E INTERFERIR NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES, O QUE PODE SER LEVADO EM CONSIDERAÇÃO NA ABORDAGEM CLÍNICA, DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA PELOS ENFERMEIROS E DEMAIS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, PARA GARANTIR NÃO APENAS O CUIDADO A DOENÇA, MAS TAMBÉM A QUALIDADE DO SONO (DURANTE O DIA E A NOITE), QUE PODE INTERFERIR NA RECUPERAÇÃO DA DOENÇA E NAS RELAÇÕES PSICOSSOCIAIS.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. M. O.; POYARES, D.; TUFIK, S. SÍNDROME DA APNÉIA-HIPOPNEIA OBSTRUTIVA DO SONO E DOENÇA CÉREBRO VASCULAR. REV NEUROCIENC, V.16, N.3, P. 231-236, 2008.

ANDRE, C. AVC AGUDO IN: MANUAL DE AVC. RIO DE JANEIRO. REVINTER, P. 37-51, 2006.
AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE (AASM). INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF SLEEP DISORDERS, REVISED: DIAGNOSTIC AND CODING MANUAL. CHICAGO, 2001.

AUTRET, A. ET AL. SLEEP AND BRAIN LESION: A CRITICAL REVIEW OF THE LITERATURE AND ADDITIONAL NEW CASES. NEUROPHYSIOLOGY CLINICAL, V. 31, P. 356-375, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. EPIDEMIOLOGIA E SERVIÇOS DE SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012. 28P.

CAMPOS, T. F. ET AL. CRONOTIPO E IMPLICAÇÕES PARA SUA UTILIZAÇÃO NA FISIOTERAPIA EM PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO. FISIOTERAPIA E PESQUISA, V. 8, N. 3, P. 258-63, 2011.

CAROLI, M. P. D.. RELAÇÃO ENTRE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E TRANSTORNOS DO SONO. (TESE). SÃO PAULO: FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS, 2012.

CAVALCANTE, T. F. ET AL. FATORES DEMOGRÁFICOS E INDICADORES DE RISCO DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: COMPARAÇÃO ENTRE MORADORES DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA E O PERFIL NACIONAL. REV LATINO-AM. ENFERMAGEM, V. 18, N. 4, P. 6, 2010.

CHAVES, M. ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO, CONCEITUAÇÃO E FATORES DE RISCO. REV BRAS HIPERTENS, V.7, P. 372-72, 2000.

COSTA, F. A. ET AL. SEVERIDADE CLÍNICA E FUNCIONALIDADE DE PACIENTES HEMIPLÉGICOS PÓS-AVC AGUDO ATENDIDOS NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE FISIOTERAPIA DE NATAL (RN). REVISTA DE CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA, V. 16, N.1, P. 1341-1348, 2011.

FALCÃO, I. V. ET AL. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL PRECOCE: IMPLICAÇÕES PARA ADULTOS EM IDADE PRODUTIVA ATENDIDOS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE MATERNO INFANTIL, V.4, P.95-102, 2004.

FERNANDES, R. M. F. O SONO NORMAL. MEDICINA, RIBEIRÃO PRETO, V. 39, N. 2, P. 157-168, 2006.

LOTUFO, P. A. STROKE IN BRAZIL: A NEGLECTED DISEASE. SÃO PAULO MEDICAL JOURNAL, V. 123, P. 3-4, 2005.

MASSARO, A. ET AL. CLINICAL DISCRIMINATORS BETWEEN ACUTE BRAIN HEMORRHAGE AND INFARCTION. ARQUIVOS DE NEURO-PSIQUIATRIA, V. 60, P. 185-191, 2002.

MARTINS JUNIOR., A. N. N. ET AL. FREQUENCY OF STROKE TYPES AT AN EMERGENCY HOSPITAL IN NATAL. BRAZIL. ARQUIVOS DE NEURO-PSIQUEIATRIA, V. 65, P. 1139-1143, 2007.

MELLO, M. T. ET AL. AVALIAÇÃO DO PADRÃO E DAS QUEIXAS RELATIVAS AO SONO, CRONOTIPO E ADAPTAÇÃO AO FUSO HORÁRIO DOS ATLETAS BRASILEIRO PARTICIPANTES DA PARAOLÍMPIADA EM SIDNEY – 2000. REVISTA BRASILEIRA DE MEDICINA E ESPORTES, V. 8, P. 122-128, 2002.

MONTEIRO, S. M. CARACTERIZAÇÃO FUNCIONAL DE INDIVÍDUOS ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ASSISTIDOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. (TESE). CAMPINA GRANDE: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2011.

O'SULLIVAN S.B.; SCHMITZ T. J. ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO. IN: O'SULLIVAN SB, SCHMITZ TJ. FISIOTERAPIA: AVALIAÇÃO E TRATAMENTO. 4 ED. SÃO PAULO: MANOLE, 2004. P. 531-49.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. MANUAL STEPS DE ACIDENTES VASCULAR CEREBRAIS DA OMS: ENFOQUE PASSO A PASSO PARA A VIGILÂNCIA DE ACIDENTES VASCULAR CEREBRAIS. GENEBRA: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, P. 1-23, 2006.

PIRES, S. L.; GAGLIARD, R. J.; GORGONZI, L. M. ESTUDO DAS FREQUÊNCIAS DOS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO PARA O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO EM IDOSOS. ARQUIVOS NEURO-PSIQUIATRIA, V. 62, P. 884-851, 2004

RIBEIRO, F. B. PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À SOLICITAÇÃO DE FISIOTERAPIA EM PACIENTES HOSPITALIZADOS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO NA FASE AGUDA. DISSERTAÇÃO (MESTRADO EM FISIOTERAPIA) - UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS, PELOTAS, 2004.

ROCHA, P. C. QUALIDADE SUBJETIVA DO SONO E QUEIXA DE INSÔNIA EM PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL. (MESTRADO). NATAL: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, 2008.

SANTOS, F. L. S. G. ET AL. VASCULAR CEREBRAL: O CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS. ENFERMAGEM EM FOCO, V. 3, N. 2, P. 58-61, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS CÉREBRO VASCULARES (SBDCV). PRIMEIRO CONSENSO BRASILEIRO PARA TROMBÓLISE NO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO AGUDO. ARQUIVOS NEURO-PSIQUIATRIA, V. 60, P. 675-680, 2002.

TEIXEIRA-SALMELA, L.F. ET AL. B. MUSCLE STRENGTHENING AND PHYSICAL CONDITIONING TO REDUCE IMPAIRMENT AND DISABILITY IN CHRONIC STROKE SURVIVORS. ARCH PHYS MED REHABIL, 1999.

TELES, M. S.; GUSMÃO, C. AVALIAÇÃO FUNCIONAL DE PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL UTILIZANDO O PROTOCOLO DE FUGL-MEYER. REV NEUROCIENC, V. 20, N. 1, P.42-49, 2012.

TUFIK, SERGIO. MEDICINA E BIOLOGIA DO SONO. SÃO PAULO, ED. MANOLE, 2008.

TUREK, F. W.; DUGOVIC, C.; ZEE, P. C. CURRENT UNDERSTANDING OF THE CIRCADIAN CLOCK AND THE CLINICAL IMPLICATIONS FOR NEUROLOGICAL DISORDERS. ARCHIVES OF NEUROLOGY, V. 58, P. 1781-1787, 2001.

VESTLING, M.; TUFVESSON, B.; IWARSSON, S. INDICATORS FOR RETURN TO WORK AFTER STROKE AND THE IMPORTANCE OF WORK FOR SUBJECTIVE WELL-BEING AND LIFE SATISFACTION. J REHABIL MED, V. 35, N. 3, P. 127-31, 2003.

SIGNIFICADOS E EXPECTATIVAS DE PUÉRPERAS ACERCA DO PARTO NATURAL.

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

Priscila França de Araújo – Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Gracyelle Alves Remigio Moreira - Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Lorena Campos de Souza – Faculdades Nordeste - FANOR

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Iranildo Lopes de Oliveira - Faculdades Nordeste - FANOR

Raimunda Magalhães da Silva - Universidade de Fortaleza - UNIFOR

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

RESUMO

COMPREENDENDO A IMPORTÂNCIA DO PARTO, MOMENTO ÚNICO NA VIDA, PARA A MULHER, SUJEITO MAIS ENVOLVIDO NO PROCESSO, CONSIDERANDO TAMBÉM O FATO QUE AS EXPECTATIVAS DA MULHER EM RELAÇÃO AO PARTO PODEM INFLUENCIAR DIRETAMENTE A PARTURIÇÃO BUSCOU-SE CONHECER QUAIS OS SIGNIFICADOS E AS EXPECTATIVAS DE UM GRUPO DE PUÉRPERAS ACERCA DO PARTO NATURAL. TRATA-SE DE UM ESTUDO EXPLORATÓRIO-DESCRIPTIVO, COM ABORDAGEM QUALITATIVA. OS SUJEITOS DA PESQUISA FORAM SETE PUÉRPERAS, PRIMÍPARAS E QUE TIVERAM PARTO NORMAL NA CIDADE DE CASCAVEL-CE. A COLETA DE DADOS FOI REALIZADA POR MEIO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA. AS MESMAS FORAM GRAVADAS E, POSTERIORMENTE, TRANSCRITAS SEGUINDO A TÉCNICA DA ANÁLISE DE CONTEÚDO DE BARDIN, FAZENDO EMERGIR AS SEGUINTE CATEGORIAS: SENTIMENTOS E SIGNIFICADOS DO PARTO; EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO AO PARTO; E PERCEPÇÃO DAS PUÉRPERAS SOBRE A ASSISTÊNCIA DURANTE O TRABALHO DE PARTO. OS PRECEITOS ÉTICOS E LEGAIS DE PESQUISA FORAM RESPEITADOS CONFORME A RESOLUÇÃO Nº466/12. OS RESULTADOS EVIDENCIARAM QUE HOUVE UMA AMBIGUIDADE DE SENTIDOS, VARIANDO DE DOR E MEDO À ALEGRIA E FELICIDADE; AS EXPECTATIVAS ERAM FUNDAMENTADAS NAS OPINIÕES DE TERCEIROS E FORTEMENTE INFLUENCIADAS PELA CULTURA NA QUAL A PUÉRPERA ESTAVA INSERIDA. CONTUDO, CONSIDERAMOS QUE OS PROFISSIONAIS POSSUEM UMA FUNÇÃO MUITO IMPORTANTE DE EDUCAR E PREPARAR A MULHER PARA ESSE MOMENTO DE FORMA VERDADEIRA E SENSÍVEL, DE MODO QUE A MESMA NÃO SE DECEPCIONE OU SE FRUSTRE COM O PARTO, ALÉM DE OFERECER UMA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA E HOLÍSTICA, POIS AS LEMBRANÇAS DESSE MOMENTO PERPETUARÃO EM SUAS MEMÓRIAS, ASSIM COMO SERÃO TRANSMITIDAS A OUTRAS MULHERES.

INTRODUÇÃO

A EXPERIÊNCIA DO PARTO SEMPRE SE CONFIGUROU UM EVENTO MUITO IMPORTANTE NA VIDA DAS MULHERES; UM MOMENTO ÚNICO E ESPECIAL, MARCADO PELA TRANSFORMAÇÃO DA MULHER EM SEU NOVO PAPEL, O DE SER MÃE (VELHO ET AL., 2012). INDEPENDENTE DA CULTURA, O PARTO POSSUI UMA CONOTAÇÃO ESPECIAL; PARA ALGUMAS CIVILIZAÇÕES CORRESPONDE A UM MOMENTO MÁGICO, NO QUAL NÃO NASCE APENAS UM FILHO, MAS UMA MÃE, UM PAI E TODA UMA NOVA FAMÍLIA. SEGUNDO RAMALHO (2009) O ATO DE PARIR DESDE SEMPRE FOI ENTENDIDO COMO PERTINENTE AO UNIVERSO DO SAGRADO, POIS O NASCIMENTO CATIVA, ENVOLVE E HIPNOTIZA, POSSUINDO UMA DIMENSÃO INICIATÓRIA INEGÁVEL, É POUCO PROVÁVEL QUE QUALQUER EXPERIÊNCIA MASCULINA SE COMPARE AO PARTO. AS MULHERES CARREGAM CONSIGO DURANTE TODA A VIDA A RECORDAÇÃO DESSA EXPERIÊNCIA E A SUA COMPREENSÃO EM RELAÇÃO AO PARTO AFETA TAMBÉM AS PESSOAS COM QUEM CONVIVEM.

WOLFF E WALDOW (2008) AFIRMAM QUE O FIM DA HEGEMONIA FEMININA SOBRE O PARTO CRIOU CONDIÇÕES PARA A INCLUSÃO DE ROTINAS CIRÚRGICAS, COMO A EPISIOTOMIA, O FÓRCEPS PROFILÁTICO, ENTRE OUTRAS PRÁTICAS.

O ASPECTO DOMICILIAR E PROFUNDAMENTE SUBJETIVO DO PARTO DEU LUGAR A UMA VIVÊNCIA HOSPITALAR, REPLETA DE MEDOS, TENSÕES E INSEGURANÇA, O QUE PODEM CONSTITUIR EM MALEFÍCIOS, POIS DESTITUEM O PROTAGONISMO FEMININO SOBRE O PARTO, ALÉM DE MUITAS VEZES DIFICULTAR O TRABALHO DE PARTO, PODENDO SER PREJUDICIAL À MÃE E TAMBÉM AO BEBÊ.

AS PERCEPÇÕES NEGATIVAS SOBRE O PARTO SÃO DESCRITAS PELAS MULHERES COMO SOLIDÃO, SOFRIMENTO E ABANDONO, RELACIONADAS MUITAS VEZES À AUSÊNCIA DE UM ACOMPANHANTE POR DETERMINAÇÃO INSTITUCIONAL (VELHO ET AL., 2012).

ESSE PANORAMA É FORTALECIDO POR DIVERSOS FATORES SENDO, O PRINCIPAL, A FALTA DE INFORMAÇÃO DA MAIORIA DAS GESTANTES SOBRE O TRABALHO DE PARTO E SUAS ETAPAS, DESCONHECENDO, INCLUSIVE, QUAIS AS VANTAGENS E DESVANTAGENS DO PARTO NATURAL OU CESÁREO; MESMO MULHERES COM GRAU DE INSTRUÇÃO MAIS ELEVADO CONHECEM APENAS SUPERFICIALMENTE AS ETAPAS E AÇÕES QUE OCORREM DURANTE O PARTO (FIGUEIREDO ET AL., 2010; SILVA, H. M.; RIBEIRO, C. D.; COSTA, A. R. 2011; ALMEIDA, N. A. M.; MEDEIROS, M.; SOUZA, M. R. 2012).

COM BASE NESSA REALIDADE E COMPREENDENDO A IMPORTÂNCIA DO PARTO PARA TODAS AS PESSOAS COMO UM MOMENTO ÚNICO NA VIDA, PRINCIPALMENTE PARA A MULHER, SUJEITO MAIS ENVOLVIDO NO PROCESSO, CONSIDERANDO TAMBÉM O FATO QUE AS EXPECTATIVAS DA MULHER EM RELAÇÃO AO PARTO PODEM INFLUENCIAR DIRETAMENTE A PARTURIÇÃO BUSCOU-SE CONHECER QUAIS OS SIGNIFICADOS E AS EXPECTATIVAS DE UM GRUPO DE PUÉRPERAS ACERCA DO PARTO NATURAL, SENDO ESTE CONHECIMENTO DE SUMA IMPORTÂNCIA PARA UM APRIMORAMENTO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO NATURAL.

METODOLOGIA

TRATA-SE DE UM ESTUDO EXPLORATÓRIO-DESCRIPTIVO, COM ABORDAGEM QUALITATIVA, CUJO CERNE CONSISTIU EM COMPREENDER OS SIGNIFICADOS E AS EXPECTATIVAS ACERCA DO PARTO NATURAL NA VISÃO DE PUÉRPERAS.

A PESQUISA FOI DESENVOLVIDA NO PERÍODO DE ABRIL À JUNHO DE 2014, NA RESIDÊNCIA DAS PUÉRPERAS CADASTRADAS NO SISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO (SISPRENATAL) DO MUNICÍPIO DE CASCAVEL – CE. PARTICIPARAM DO ESTUDO PUÉRPERAS, EM QUALQUER IDADE, CADASTRADAS SISPRENATAL DO MUNICÍPIO DE CASCAVEL QUE TIVERAM PARTO VAGINAL, PRIMÍPARAS E QUE ESTAVAM NO PUERPÉRIO. NO ENTANTO, FORAM EXCLUÍDAS DA PESQUISA AS PUÉRPERAS QUE FIZERAM USO DE ANESTESIA PERIDURAL E QUE TIVERAM PARTO CESARIANA.

A IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA DEU-SE POR MEIO DO SISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO (SISPRENATAL); FORAM CONSULTADAS AS DECLARAÇÕES DE NASCIDOS VIVOS, NA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO, DO MÊS DE ABRIL E POR MEIO DESTAS AS PARTICIPANTES FORAM SELECIONADAS E OBTIVEMOS OS DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E ENDEREÇO DA PUÉRPERA. EM SEGUIDA NOS DIRECIONAREMOS AO DOMICÍLIO PARA INICIARMOS A COLETA DE DADOS. A AMOSTRA DO ESTUDO FOI CONSTITUÍDA DE SETE MULHERES QUE ATENDERAM AOS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO. VALE RESSALTAR QUE O NÚMERO AMOSTRAL FOI COMPOSTA POR TODAS AS PUÉRPERAS DO MÊS DE ABRIL QUE CONTEMPLAVAM OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.

A COLETA DE DADOS FOI REALIZADA POR MEIO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM PERGUNTAS ABERTAS E FECHADAS QUE CONTINHAM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA PUÉRPERA, ALÉM DE QUESTIONAMENTOS SOBRE O SIGNIFICADO E AS EXPECTATIVAS DESSAS MULHERES SOBRE O PARTO. AS MESMAS FORAM GRAVADAS E, POSTERIORMENTE, TRANSCRITAS SEGUINDO A TÉCNICA DA ANÁLISE DE CONTEÚDO DE BARDIN, FAZENDO EMERGIR AS SEGUINTE CATEGORIAS: SENTIMENTOS E SIGNIFICADOS DO PARTO; EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO AO PARTO; E PERCEPÇÃO DAS PUÉRPERAS SOBRE A ASSISTÊNCIA DURANTE O TRABALHO DE PARTO. AS PARTICIPANTES RECEBERAM PSEUDÔNIMOS DE DEUSAS GREGAS NO INTUITO DE PRESERVAR O ANONIMATO.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

OS PRECEITOS ÉTICOS E LEGAIS DE PESQUISA FORAM RESPEITADOS, CONFORME ESTABELECE CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – MINISTÉRIO DA SAÚDE, DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO Nº466/12 (BRASIL, 2012). O ESTUDO FOI APROVADO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR) SOB PARECER Nº 618.820/2014.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

SENTIMENTOS E SIGNIFICADOS DO PARTO

O PARTO, MOMENTO SINGULAR NA VIDA DE TODA MULHER É PERMEADO POR VÁRIOS SIGNIFICADOS QUE VAGUEIAM DESDE A MAIOR EXPRESSÃO DE FELICIDADE ATÉ TERRÍVEIS IMPRESSÕES DE SOFRIMENTO E DOR. QUANDO QUESTIONADAS A RESPEITO DO SIGNIFICADO DO PARTO EM SUAS VIDAS AS PARTICIPANTES DESTES ESTUDO DIVERGIRAM EM SUAS FALAS, RATIFICANDO O ASPECTO AMBÍGUO INTRÍNSECO AO PARTO COMO MOSTRAM AS FALAS A SEGUIR: “SIGNIFICOU TUDO NÉ PRA MIM... EU DAR À LUZ A MINHA FILHA, AVE MARIA... FOI TUDO PRA MIM, É MEU BEM QUERER (RISOS).” (HEBE); “BOM NÉ... PORQUE EU TIVE A EXPERIÊNCIA... TODAS JÁ TEM NÉ... FOI BOM.” (ÁRTEMIS); “FOI FELIZ NÉ... PRIMEIRA VEZ.” (DEMETER); “TRAUMÁTICO.” (RISOS) (GAIA); “MUITA DOR” (ATENA).

DE ACORDO COM ROSA ET AL. (2010), EXISTE UMA AMBIVALENCIA NAS PRIMEIRAS MANIFESTAÇÕES E NOS SENTIDOS RELACIONADOS AO PARTO, POIS AO MESMO TEMPO EM QUE SE CONSIDERA UM MOMENTO DE INTENSA ALEGRIA, PELA FINALIZAÇÃO DE UM PROCESSO E NASCIMENTO DE UMA CRIANÇA, TAMBÉM EXISTEM TENSÕES, AINDA QUE PASSAGEIRAS. OS SENTIMENTOS E SIGNIFICADOS RELACIONADOS AO PARTO PODEM SER DESCRITOS COMO MEDO, ANSIEDADE, ALEGRIA, DESINFORMAÇÃO E INSEGURANÇA, SOLIDÃO, ABANDONO E DESPREPARO (FERREIRA ET AL. 2013).

A AMBIGUIDADE EXPOSTA NAS FALAS FUNDAMENTA-SE NAS VÁRIAS INTERFACES DO PARTO, APESAR DE SER UM PROCESSO FISIOLÓGICO E GERALMENTE FELIZ POR TRAZER AO MUNDO UMA NOVA VIDA, TAMBÉM PODE SER DIFÍCIL E CAUSAR SOFRIMENTO DEVIDO AS DORES QUE FAZEM PARTE DO PROCESSO E TAMBÉM AO MEDO OU INSEGURANÇA QUE ALGUMAS MÃES PODEM APRESENTAR.

PODE-SE PERCEBER QUE ALGUMAS PARTICIPANTES FOCAM NA DOR COMO ASPECTO PREPONDERANTE DO TRABALHO DE PARTO, O QUE REVELA UMA INVERSÃO DE SENTIDO, POIS APESAR DA DOR SER INERENTE A ESSE PROCESSO, NÃO DEVERIA SER ESTA A RESPONSÁVEL PELAS LEMBRANÇAS DA MÃE E SIM AS BOAS SENSações DEIXADAS PELO NASCIMENTO DO FILHO, PELO MOMENTO DE OLHAR A CRIANÇA PELA PRIMEIRA VEZ.

SEGUNDO LAMY E MORENO (2013), AS PRIMÍPARAS RELACIONAM A DOR DE FORMA MUITA INTENSA AO PARTO COM UM CONTO RNO DE SOFRIMENTO TÃO PROFUNDO, QUE ALGUMAS DELAS, SE NEGAM A PENSAR NO ASSUNTO, RELACIONANDO-O DE CERTA FORMA COM A MORTE. ISSO PODE SER NOTADO NAS FALAS: “SEI LÁ... COMO ASSIM? AH... MEDO... UM TRAUMA, FIQUEI COM TRAUMA.” (ATENA); “EU SENTI SÓ A DOR E AÍ SAÍ COM TUDO DA CAMA... EU FICAVA GRITANDO QUE QUERIA CESÁREA” (HERA).

A DOR É UMA CARACTERÍSTICA INDISSOCIÁVEL DO PROCESSO DE PARIR, CONTUDO PARA ALGUMAS PARTICIPANTES A ALEGRIA DE TER UM FILHO SE SOBREPÕS À DOR, O QUE INSTITUIU AO PARTO UMA CONOTAÇÃO POSITIVA, COMO É POSSÍVEL PERCEBER NAS SEGUINTE S FALAS: “DOEU NÉ. MAS A DOR SÓ É NA HORA” (ÁRTEMIS); “A DOR ERA RUIM, MAS DEPOIS QUE ELE NASCEU FOI BOM” (DEMETER).

EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO AO PARTO

AS SENSações DESCRITAS PELAS PUÉRPERAS PODEM REFLETIR UMA VISÃO COLETIVA DO TRABALHO DE PARTO, TENDO EM VISTA QUE ESSE É UM ASSUNTO QUE GERA DISCUSSÕES NO UNIVERSO FEMININO. MUITAS VEZES AS PERCEPÇÕES NEGATIVAS DE OUTRAS MULHERES PODEM CAUSAR MEDO DO PARTO NATURAL ÀQUELAS QUE AINDA NÃO VIVENCIARAM A EXPERIÊNCIA.

SEGUNDO OLIVEIRA ET AL. (2012), AS MULHERES POSSUEM DIVERSAS EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO AO PARTO, NO ENTANTO AGUARDAM PELO BOM RESULTADO, O QUE SIGNIFICA PARA ELAS UM PARTO TRANQUILO, LIVRE DE PREOCUPAÇÕES, DE PREFERÊNCIA NATURAL, FÁCIL, RÁPIDO, SEM INTERCORRÊNCIAS, QUE A CRIANÇA SEJA SAUDÁVEL E PRINCIPALMENTE QUE NÃO SINTA MUITA DOR.

APESAR DE ESPERAREM UM RESULTADO POSITIVO, AS PARTICIPANTES REVELAM QUE O FATOR DOR É RECORRENTE EM SEUS PENSAMENTOS RELACIONADOS AO TRABALHO DE PARTO, MUITAS VEZES ESTA É TÃO INTENSA QUE SUPERA O ESPERADO PELAS MULHERES.

AS FALAS DAS PARTICIPANTES ILUSTRAM ALGUMAS DAS EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO AO PARTO: “ASSIM NÉ... ACHEI QUE ELA VIESSE LOGO, NASCESSE LOGO.” (HERA); “IMAGINAVA QUE NÃO SERIA AQUELA COISA TÃO HORRÍVEL... SEI LÁ... UMA DOR INSUPO RTÁVEL”. (ATENA); “EU IMAGINAVA QUE IA DOER MUITO... DOEU NÉ”. (ÁRTEMIS).

AS PUÉRPERAS DEMONSTRARAM QUE O ESPECTRO DA DOR ESTÁ ENRAIZADO NO IMAGINÁRIO FEMININO E QUE AS EXPECTATIVAS SE CONCENTRAM EM TORNO DESSE FATO, NO MEDO DO SOFRIMENTO RELACIONADO A DOR, ASSIM COMO NO TEMPO DE DURAÇÃO DO PROCESSO; AS PARTURIENTES ALMEJAM QUE SEJA RÁPIDO PARA QUE ASSIM POSSAM CESSAR AS DORES AS QUAIS TANTO TEMEM.

A IDEIA DA DOR É REFERIDA INÚMERAS VEZES PELAS MULHERES, AS MESMAS SE REFEREM AO ‘MEDO DO PARTO’, DEVIDO AS DORES QUE ACREDITAM QUE IRÃO EXPERIMENTAR DURANTE A PARTURIÇÃO (FIGUEIREDO ET AL., 2010).

AS MULHERES TAMBÉM DEMONSTRAM QUE SEUS ANSEIOS ESTÃO INTERLIGADOS A OPINIÕES QUE RECEBERAM DURANTE A GESTAÇÃO, OU SEJA, A EXPECTATIVA É ALGO CULTURAL, RELACIONADO A GRUPOS FAMILIARES, AMIGOS E HISTÓRIAS QUE SÃO REPASSADAS POR TERCEIROS, COMO É POSSÍVEL NOTAR NAS FALAS SEGUINTE S: “EU NUM IMAGINAVA... JÁ TINHAM ME DITO NÉ QUE ERA DIFÍCIL.” (DEMETER); “O PESSOAL NÉ... QUE DIZ QUE PRA TER MENINO É MUITO DIFÍCIL NÉ... ESSE MOMENTO.” (GAIA).

LAGOMARSINO ET AL. (2013), AFIRMAM QUE AS PARTURIENTES SE FUNDAMENTAM PRINCIPALMENTE NA OPINIÃO DAS MÃES PARA DECIDIREM O TIPO DE PARTO QUE PRETENDEM TER, ASSIM COMO SUA VISÃO SOBRE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO É FORTEMENTE INFLUENCIADA PELAS VIVÊNCIAS DOS MEMBROS DA FAMÍLIA E AMIGOS.

PERCEPÇÃO DAS PUÉRPERAS SOBRE A ASSISTÊNCIA DURANTE O TRABALHO DE PARTO

NESSA CATEGORIA ESTÃO EXPRESSOS OS SENTIMENTOS E OPINIÕES DAS PARTICIPANTES SOBRE A ASSISTÊNCIA RECEBIDA DURANTE O TRABALHO DE PARTO, INCLUINDO ASPECTOS COMO ESTRUTURA, PROFISSIONAIS E AMBIÊNCIA.

ENTRE AS FALAS DAS PARTICIPANTES, PODEMOS DESTACAR ALGUMAS VOLTADAS PARA A QUESTÃO DA ESTRUTURA, FATOR DETERMINANTE PARA A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA: “PODIA SER UMA CAMA MELHOR... ERA MUITO DURA E MUITA ALTA PRA PESSOA SE LEVANTAR... FALTOU ENERGIA... FOI DEPOIS QUE ELE NASCEU, MAS DEMOROU A VOLTAR...” (GAIA); “EU ACHO QUE MERECIA SER OUTRA BATA MELHOR NÉ... A SALA NÉ... AH PORQUE ALI NO HOSPITAL TEM AS SALAS MAIS ADEQUADAS NÉ... MAS BOA PRA PESSOA TÁ E OUTRA NÃO.” (HEBE).

SEGUNDO BUSANELLO ET AL. (2011) A QUALIDADE DAS CONDIÇÕES ESTRUTURAIS DO CENTRO OBSTÉTRICO É UMA CONDIÇÃO IMPRESCINDÍVEL PARA QUE SEJA DESENVOLVIDA UMA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA, VOLTADA PARA O RESPEITO À INTEGRIDADE DA MULHER.

A FALTA DE UMA INFRAESTRUTURA ADEQUADA PODE, INCLUSIVE, DIFICULTAR A EFETIVAÇÃO DA HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE, ACARRETANDO PROBLEMAS COMO CARÊNCIA DE LEITOS, NÚMERO INSUFICIENTE DE FUNCIONÁRIOS, FALTA DE ESPAÇO PARA ACOMODAR MÃES, BEBÊS E ACOMPANHANTES (SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011).

OUTRO FATOR DETERMINANTE PARA A SATISFAÇÃO DAS MULHERES SOBRE A ASSISTÊNCIA QUE RECEBERAM É O DESEMPENHO DOS PROFISSIONAIS QUE A ASSISTIRAM NESSE MOMENTO SINGULAR DE SUAS VIDAS, SENDO ESSENCIAL O DESENVOLVIMENTO DE UMA RELAÇÃO EMPÁTICA ENTRE ESTES. AS FALAS SEGUINTE S EXPRESSAM A VISÃO QUE AS PARTICIPANTES DESENVOLVERAM A RESPEITO DESSES PROFISSIONAIS: “A ENFERMEIRA ERA EDUCADA, FICAVA COM A GENTE...

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

GOSTEI MUITO FOI DAS ENFERMEIRAS... PORQUE ELAS ERAM MAIS LEGAIS.” (AFRODITE); “NA HORA DA DOR... AÍ EU PULEI DA CAMA E FUI PRO CHÃO. EU SENTI SÓ A DOR E AÍ SAÍ COM TUDO DA CAMA (RISOS)... SÓ UMA MUIÉ LÁ QUE FALOU BRUTO COMIGO... SÓ UMA. NA HORA QUE EU TAVA NO CHÃO, ELA PUXOU EU COM TUDO DO CHÃO. EU COM DOR NÉ... AÍ AINDA VEIO ELA ME PUXANDO, EU DISSE NUM ME PUXE NÃO... FALEI BRUTO COM ELA E ELA... VOCÊ NÃO VAI TER ESSA CRIANÇA NO CHÃO NÃO, VÁ PRA CAMA.” (HERA).

PERCEBE-SE QUE, A EMPATIA DOS PROFISSIONAIS EM RELAÇÃO ÀS MULHERES ESTÁ EM FALTA EM MUITOS CASOS, OS MESMOS NÃO LEVAM EM CONSIDERAÇÃO AS NECESSIDADES DAS PACIENTES, TRATANDO-AS DE MANEIRA FRIA E SUPERFICIAL, POR VEZES ATÉ GROSSEIRA, FAZENDO COM QUE AS PACIENTES SINTAM-SE HOSTILIZADAS PELA EQUIPE.

DE ACORDO COM FRANCISQUINI ET AL. (2010) É DE SUMA IMPORTÂNCIA A MULHER SENTIR-SE SEGURA COM A EQUIPE QUE ESTÁ ASSISTINDO-A, INDEPENDENTEMENTE DO TIPO DE PARTO A SER REALIZADO, POIS O NASCIMENTO SE TRADUZ NUM EVENTO MUITO IMPORTANTE PARA A FAMÍLIA, E TODOS, DESDE A PARTURIENTE ATÉ AS PESSOAS QUE ESTÃO AGUARDANDO O NASCIMENTO, NECESSITAM DE ATENÇÃO E CUIDADO POR PARTE DA EQUIPE.

A DESATENÇÃO DOS PROFISSIONAIS FOI REFERIDA PELAS PACIENTES POR DIVERSAS VEZES, ENFATIZANDO SEMPRE QUE EM UM FUTURO PARTO GOSTARIAM DE SER ASSISTIDAS POR PROFISSIONAIS MAIS ATENCIOSOS, QUE CONVERSASSEM MAIS E ESTIVESSEM MAIS PRESENTES NO TRABALHO DE PARTO, ALÉM DE OFERECER MAIS ORIENTAÇÕES ACERCA DO TRABALHO DE PARTO, COMO PERCEBEMOS NAS FALAS A SEGUIR: “CONVERSAR NÉ COM A PACIENTE, EXPLICAR DIREITO... TEM MUITOS LÁ QUE VER VOCÊ ALI E ACHA QUE TÁ SÓ CUMPRINDO AQUELA OBRIGAÇÃO DE FAZER O TRABALHO E PRONTO, NÃO CONVERSA NÉ... MAL CONVERSAVAM COMIGO, MAL FALAVA.” (HEBE); “FALARAM NADA NÃO... SÓ FALARAM QUANDO TAVA PERTO DE NASCER MESMO... AÍ DISSERAM” (AFRODITE).

PERCEBE-SE QUE OS PROFISSIONAIS NÃO INTERAGEM COM AS PARTURIENTES, CONVERSAM ENTRE SI SOBRE OUTROS ASSUNTOS E NÃO RESPEITAM O MOMENTO QUE DEVE SER DA MULHER E TAMBÉM DO BEBÊ, ELES AGEM COMO SE O TRABALHO QUE ESTÃO EXERCENDO FOSSE INDEPENDENTE DA PACIENTE E DE SUA VONTADE, CONDUZEM O TRABALHO DE PARTO DA MANEIRA COMO QUEREM, SEM SEQUER OUVIR OU EXPLICAR O PROCESSO A MULHER.

OS DISCURSOS DAS MÃES EVIDENCIAM QUE OS PROFISSIONAIS MANIFESTAVAM-SE, VERBALMENTE, APENAS PARA SOLICITAR QUE A MULHER NÃO GRITASSE OU QUE COLOCASSE MAIS FORÇA. NÃO FOI RELATADA PELAS PUÉRPERAS NENHUMA ORIENTAÇÃO RECEBIDA QUANTO A PROCEDIMENTOS, USO DE ALGUMA MEDICAÇÃO NECESSÁRIA, BEM COMO TAMBÉM NÃO FOI IDENTIFICADO NAS FALAS A PRESENÇA DE PALAVRAS OU AÇÕES DE APOIO POR PARTE DA EQUIPE. AS ORIENTAÇÕES NO MÁXIMO REFERIRAM-SE A DOR, E AINDA ASSIM DE FORMA ERRÔNEA, POIS A EQUIPE, MUITAS VEZES, ASSUSTA A PARTURIENTE COM ASSOCIAÇÃO ENTRE A DOR E OS GRITOS DA MESMA: “DISSE QUE ERA NORMAL A DOR, QUE NÃO GRITASSE... QUANTO MAIS EU GRITASSE AÍ QUE A DOR APERTAVA, SÓ. FALARAM NADA NÃO.. SE IDENTIFICARAM... DISSERAM QUE IA FAZER O PARTO... SÓ. DISSERAM QUE QUANDO EU FOSSE TER EU ABRISSE AS PERNAS, NÃO FECHASSE... QUE QUANTO MAIS FECHASSE MAIS FALTAVA FORÇA, A CRIANÇA VOLTAVA PRA TRAZ E NÃO NASCIA... (ÁRTEMIS); “SÓ DISSERAM QUE EU NÃO GRITASSE... PORQUE PODIA O BEBÊ FICAR SUBINDO... EU ACHO QUE ERA... ELES FICAVAM TUDO LÁ NO CANTO DELES. (GAIA).

OLIVEIRA ET AL. (2011) RESSALTA QUE A SENSÇÃO DA DOR É NATURAL AO PROCESSO DE PARIR, PORÉM É INFLUENCIADA POR FATORES EXÓGENOS, COMO INSEGURANÇA, MEDO, SOLIDÃO. OS AUTORES ENFATIZAM AINDA QUE A DOR É FATOR CRUCIAL PARA A CLASSIFICAÇÃO DO PARTO COMO UMA EXPERIÊNCIA NEGATIVA E DEVIDO A ESTA, MUITAS MULHERES PASSAM A ALIMENTAR O DESEJO DE REALIZAR CESARIANAS EM PARTOS FUTUROS.

CONCLUSÃO

DIANTE DOS RESULTADOS OBTIDOS NO ESTUDO, PERCEBE-SE QUE O PARTO, MOMENTO ESTE DE IMENSA VARIEDADE DE SENTIDOS PARA TODAS AS CIVILIZAÇÕES É, SEM DÚVIDA, UM EVENTO MARCANTE POR NATUREZA. CONTUDO, INFELIZMENTE, NEM SEMPRE O QUE MARCA ESTE MOMENTO E O FAZ FICAR REGISTRADO NA MEMÓRIA DAS MÃES É A ALEGRIA DE RECEBER SEU FILHO, MUITAS VEZES O QUE TORNA ESSE ACONTECIMENTO INESQUECÍVEL SÃO AS ANGÚSTIAS VIVENCIADAS EM SEU PERCURSO, SÃO AS DÚVIDAS, O SENTIMENTO DE ABANDONO, SOLIDÃO E DOR.

ENTENDE-SE QUE O SIGNIFICADO DO PARTO E TAMBÉM AS EXPECTATIVAS DA MULHER RELACIONADAS A ESTE PROCESSO, MUITAS VEZES SÃO FORTEMENTE INFLUENCIADOS PELA CULTURA NA QUAL AS PACIENTES ESTÃO INSERIDAS E QUE A DOR TORNA-SE A GRANDE PROTAGONISTA DESSE MOMENTO, UMA VEZ QUE O IMAGINÁRIO DAS MULHERES É HABITADO PELO ESPECTRO DA DOR DO PARTO DURANTE TODA A GESTAÇÃO E É SOBRE ESTA QUE SE CONCENTRAM AS EXPECTATIVAS DA PARTURIENTE.

OS SIGNIFICADOS E AS EXPECTATIVAS EVIDENCIADAS PELAS PUÉRPERAS EM RELAÇÃO AO PARTO NOS PROPORCIONARAM UMA VISÃO DO PARTO POR UM PRISMA DIFERENTE DO PROFISSIONAL, POR MEIO DO OLHAR DAS MÃES. NO ENTANTO, OS PROFISSIONAIS POSSUEM UMA FUNÇÃO MUITO IMPORTANTE DE EDUCAR E PREPARAR A MULHER PARA ESSE MOMENTO DE FORMA VERDADEIRA E SENSÍVEL, DE MODO QUE A MESMA NÃO SE DECEPCIONE OU SE FRUSTRE COM O PARTO. CABE AOS PROFISSIONAIS TAMBÉM OFERECER UMA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA E HOLÍSTICA, POIS AS LEMBRANÇAS DESSE MOMENTO PERPETUARÃO EM SUAS MEMÓRIAS, ASSIM COMO SERÃO TRANSMITIDAS A OUTRAS MULHERES.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, N. A. M.; MEDEIROS, M.; SOUZA, M. R. PERSPECTIVAS DE DOR DO PARTO NORMAL DE PRIMIGESTAS NO PERÍODO PRÉ-NATAL. TEXTO CONTEXTO ENFERM. FLORIANÓPOLIS, 2012 OUT-DEZ; 21(4): 819-27.
- BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. BRASÍLIA – DF, 2012.
- BUSANELLO, J. ET AL. ATENÇÃO HUMANIZADA AO PARTO DE ADOLESCENTES: ANÁLISE DAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS EM UM CENTRO OBSTÉTRICO. REV BRAS ENFERM, BRASÍLIA SET-OUT; 64(5): 824-32, 2011.
- FERREIRA, A. G. N. ET AL. HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO: ACOLHER A PARTURIENTE NA PERSPECTIVA DIALÓGICA DE PAULO FREIRE. REV ENFERM UFPE ONLINE, RECIFE, 7(5):1398-405, MAIO, 2013.
- FIGUEIREDO, N. S. V. ET AL. FATORES CULTURAIS DETERMINANTES DA ESCOLHA DA VIA DE PARTO POR GESTANTES. HU REV. JUIZ DE FORA, V. 36, N. 4, P. 296-306, OUT./DEZ. 2010.
- FRANCISQUINI, A. R.; HIGARASHI, I. H.; SERAFIM, D.; BERCINI, L. O. ORIENTAÇÕES RECEBIDAS DURANTE A GESTAÇÃO, PARTO E PÓS-PARTO POR UM GRUPO DE PUÉRPERAS. CIENC CUID SAUDE OUT/DEZ; 9(4):743-751, 2010.
- LAGOMARSINO, B. S.; VAN DER SAND, I. C. P.; GIRARDON-PERLIN, N. M. O.; LINCK, C. L.; RESSEL, L. B. A CULTURA MEDIANDO PREFERÊNCIAS PELO TIPO DE PARTO: ENTRELACAMENTO DE FIOS PESSOAIS, FAMILIARES E SOCIAIS. REV MIN ENFERM. JUL/SET; 17(3): 680-687, 2013.
- LAMY, G. O.; MORENO, B. S. ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E PREPARO PARA O PARTO. OMNIA SAÚDE, V.10, N.2, P.19-35, 2013.
- OLIVEIRA, F. L. C. ET AL. NÍVEL DE RUÍDO EM SALA DE PARTO. TEXTO CONTEXTO ENFERM., FLORIANÓPOLIS, ABR-JUN; 20(2): 287-93, 2011.
- OLIVEIRA, K. K. D. ET AL. CONCEPÇÃO DAS NULÍPARAS SOBRE O TRABALHO DE PARTO E O PARTO. R. PESQ.: CUID. FUNDAM. ONLINE JUL./SET. 4(3):2627-35, 2012.
- RAMALHO, A. A. A EXPERIÊNCIA DE SENTIR-SE RESPEITADA DURANTE O TRABALHO DE PARTO NO HOSPITAL. 2009. TESE (DOCTORADO EM ENFERMAGEM) – ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA. UNIVERSIDADE DE LISBOA.
- ROSA, R. ET AL. MÃE E FILHO: OS PRIMEIROS LAÇOS DE APROXIMAÇÃO. ESC ANNA NERY REV ENFERM 2010 JAN-MAR; 14 (1): 105-12.

SILVA, H. M.; RIBEIRO, C. D.; COSTA, A. R. ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES: NÍVEL DE INFORMAÇÃO E INFLUÊNCIAS DE FAMILIARES, AMIGOS E DA MÍDIA PARA A DECISÃO DO TIPO DE PARTO. CONEXÃO CIÊNCIA (ONLINE), V.6, N.1, 2011. DISPONÍVEL EM: <[HTTP://PERIODICOS.UNIFORMG.EDU.BR:21011/INDEX.PHP/TESTECONEXAOCIENCIA/ARTICLE](http://periodicos.uniformg.edu.br:21011/index.php/testeconexaociencia/article)> ACESSO EM: 17 OUT. 2013.

SOUZA, T. G.; GAÍVA, M. A. M.; MODES, P. S. S. A. A HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NA ATENÇÃO AO PARTO. REV GAÚCHA ENFERM., PORTO ALEGRE (RS) SET; 32(3):479-86, 2011.

VELHO, M. B. ET AL. VIVÊNCIA DO PARTO NORMAL OU CESÁREO: REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE A PERCEPÇÃO DE MULHERES. TEXTO CONTEXTO ENFERM., FLORIANÓPOLIS, 2012 ABR-JUN; 21(2): 458-66.

WOLFF, L. R.; WALDOW, V. R. VIOLÊNCIA CONSENTIDA: MULHERES EM TRABALHO DE PARTO E PARTO. SAÚDE SOC. SÃO PAULO, V.17, N.3, P.138-151, 2008.

AGRADECIMENTOS

À DEUS POR SEMPRE NOS INSPIRAR E NOS DAR FORÇA PARA A REALIZAÇÃO DE NOSSAS ATIVIDADES. ÀS PARTICIPANTES DA PESQUISA, POR ACEITAREM CONTRIBUIR COM ESTE TRABALHO E A TODOS QUE O AJUDARAM DE ALGUMA FORMA, SEM OS QUAIS A REALIZAÇÃO DESTA PESQUISA SERIA IMPOSSÍVEL.

Saúde do Trabalhador: desafios políticos, institucionais e da promoção da saúde.

Autor 1 (apresentador) – Cléria da Silva Marinho. Mestranda. Universidade de São Paulo. Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva. cleriamarinho@usp.br

Autor 2 – Alessandro Jose Nunes da Silva. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Piracicaba. alessandro090676@gmail.com

Autor 3 – Nancy de Albuquerque. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Piracicaba. Nancy_albuquerque@yahoo.com.br

Autor 4 – Profº Drº Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela, Universidade de São Paulo, Departamento de Saúde Ambiental. rvilela@usp.br

Autor 5 – Profª Drª Ana Maria Chiesa, Universidade de São Paulo, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva. amchiesa@usp.br

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Autor 6 (Orientador) –Profª Drª Sayuri T Maeda, Universidade de São Paulo, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva. sayuri@usp.br

Palavras-chave: Acidente de Trabalho. Saúde do Trabalhador, Políticas Públicas, Promoção da Saúde.

RESUMO

OBJETIVOS: CARACTERIZAR OS ACIDENTES DE TRABALHO (AT) OCORRIDOS EM 2012; EXAMINAR OS AFASTAMENTOS POR AT; DISCUTIR PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS TRABALHADORES NA PERSPECTIVA DA POLÍTICA REGULAMENTADORA. RESULTADOS: FORAM NOTIFICADOS 10.093 CASOS DE AT SENDO 9 FATAIS. QUANTO A CLASSIFICAÇÃO DE GRAVIDADE: 8.052 CASOS LEVES, 1.839 MODERADOS E 193 GRAVES; SENDO 76% DO SEXO MASCULINO E 24% FEMININO. CONFORME CLASSIFICAÇÃO NACIONAL DE ATIVIDADE ECONÔMICA (CNAE) 65% DO TOTAL NOTIFICADO ESTAVAM EM CINCO DAS MAIS FREQUENTES: METALURGIA BÁSICA (2.375), COMÉRCIO POR ATACADO E REPRESENTANTES COMERCIAIS E AGENTES DO COMÉRCIO (1.214), CONSTRUÇÃO (1.150), FABRICAÇÃO DE PRODUTOS ALIMENTÍCIOS E BEBIDAS (1.013), SERVIÇOS PRESTADOS PRINCIPALMENTE AS EMPRESAS (842). DESSES TOTAIS, IDENTIFICOU-SE 9.256 COM REGIME CELETISTA, 286 AUTÔNOMOS, 134 FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS E 410 OUTROS. OS PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS APRESENTADOS, CONFORME CID 10, FORAM: CONTUSÃO (33%), FERIMENTO CORTO- CONTUSO (20%), ENTORSE (10%), OUTROS (7%) E CORPO ESTRANHO (7%). QUANTO AO AFASTAMENTO: 6.837 TIVERAM DE 1 A 15 DIAS, 1.860 SEM AFASTAMENTO, 1.079 16 A 30 DIAS E 317, MAIS DE 30 DIAS. NO BRASIL, A SAÚDE DO TRABALHADOR ESTÁ REGULAMENTADO PELA LEI ORGÂNICA DA SAÚDE 8080/90, DISPÕE SOBRE A ASSISTÊNCIA E PORTAS DE ENTRADA NO SISTEMA. A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR FOI INSTITUÍDA PELO GOVERNO FEDERAL EM 2012, UM ESFORÇO POLÍTICO PARA LIDAR COM ESSA IMPORTANTE QUESTÃO SOCIAL. RECONHECE A TRANSVERSALIDADE DAS AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR E O TRABALHO COMO UM DETERMINANTE NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA, ENFATIZA A PROMOÇÃO E A PROTEÇÃO AO CONSIDERAR O AT EVENTO POTENCIALMENTE EVITÁVEL E A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO RELEVANTE NA SUA PRECIPITAÇÃO.

INTRODUÇÃO

CONFORME DEFINIÇÃO MARXISTA, O TRABALHO É A RELAÇÃO ESTABELECIDADA ENTRE O HOMEM E A NATUREZA, NO QUAL O SER HUMANO POR MEIO DA SUA PRÓPRIA AÇÃO ATUA, IMPULSIONA, REGULA E CONTROLA O INTERCÂMBIO MATERIAL, TRANSFORMANDO ASSIM A NATUREZA EXTERNA, AO MESMO TEMPO, EM QUE MODIFICA SUA PRÓPRIA NATUREZA (PEREIRA, 2005). É DIMENSÃO FUNDAMENTAL DA VIDA, TRANSFORMA-SE EM UM ELEMENTO QUE SEMPRE ATRAVESSA A PROBLEMÁTICA DA SAÚDE. O TRABALHO NUNCA É NEUTRO À SAÚDE, OU É OPERADOR OU É PATOGÊNICO. COMPREENDER O QUE É TRABALHAR E SUA IMPORTÂNCIA NA VIDA DOS INDIVÍDUOS PODERÁ CONTRIBUIR PARA A INCORPORAÇÃO DA PROBLEMÁTICA DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA, AFIRMANDO O TRABALHO COMO DETERMINANTE DE SAÚDE (BRASIL, 1990; BRITO, 2011).

ALÉM DISSO, CONSTITUI-SE COMO CENTRO GERADOR DE ATIVIDADES ECONÔMICAS. NA SOCIEDADE ATUAL CONTA COM EXPRESSÕES POLÍTICAS, SINDICAIS E DE PODER PÚBLICO PARA INTERVIR, ORA POR QUESTÕES SALARIAIS, OUTRAS, PARA PROMOVER SEGURANÇA E PROTEÇÃO AO TRABALHADOR.

PARA MENDES E WÜNSCH (2007), A DESPEITO DO AVANÇO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO, QUE IMPACTA POSITIVAMENTE NA SAÚDE DA POPULAÇÃO, A MORBIDADE E MORTALIDADE EM DIVERSOS GRUPOS POPULACIONAIS EXPRESSAM-SE EM NÚMEROS ASCENDENTES. ENTRE ELES ESTÁ A CLASSE TRABALHADORA, DADOS APONTAM QUE EM 2011 60,02% DOS BRASILEIROS ESTAVAM DENTRO DA POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA (PEA) (IBGE) (BRASIL, 2012; SILVA ET AL, 2014). POPULAÇÃO ESTA AFETA POR DOENÇAS RELACIONADAS À ATIVIDADE E PREPONDERANTEMENTE POR ACIDENTES RELACIONADOS AO TRABALHO.

DESDE A CONSTITUIÇÃO DE 1988 O AT É RECONHECIDO COMO FENÔMENO SOCIALMENTE DETERMINADO, PREVISÍVEL E PREVENÍVEL, DADAS AS CONDIÇÕES DE TRABALHO QUE PERMEIAM A MAIORIA DOS AMBIENTES E PROCESSOS DE TRABALHO EM NOSSO PAÍS. TAL CONCEITO ATENDE AO PRINCÍPIO DE UNIVERSALIDADE, CONSIDERANDO AT AQUELES OCORRIDOS COM QUAISQUER TRABALHADOR, INDEPENDENTE DA EXISTÊNCIA OU FORMALIZAÇÃO DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO (JACOBINA ET AL., 2002). DESTA FORMA, AMPLIOU A VISÃO DO CONJUNTO ROMPENDO A RELAÇÃO ESTRITA EMPRESA/ORGANIZAÇÃO E O EMPREGADO/ TRABALHADOR, INCLUINDO OS QUE EXERCEM ATIVIDADES SEM VÍNCULOS FORMAIS. O OBJETO DESTE ESTUDO É O ACIDENTE DE TRABALHO (AT) ENVOLVENDO TODOS OS RAMOS DE ATIVIDADE.

EM 2010, DE ACORDO COM DADOS DA ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT) 160 MILHÕES DE PESSOAS NO MUNDO TINHAM ALGUMA DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO E O SOMATÓRIO DE AT FATAL E NÃO FATAL ERA DE, APROXIMADAMENTE, 270 MILHÕES AO ANO. APESAR DAS SUBNOTIFICAÇÕES, POIS PAÍSES DA AMÉRICA LATINA E CARIBE NOTIFICAVAM APENAS 7,6% DOS EVENTOS, EM CONTRASTE A 62% NOS PAÍSES DO NORTE. NO BRASIL O INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL REGISTROU, EM 2011, 711,2 MIL AT INFORMOU O MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. SÓ NA CONSTRUÇÃO CIVIL, RAMO DE ATIVIDADE COM ALTA PREVALÊNCIA DE AT, ENTRE OS ANOS DE 2002 E 2006, EVIDENCIOU 141.621 AT NOTIFICAÇÕES, CONTABILIZANDO APROXIMADAMENTE 12 AT POR HORA TRABALHADA, NA SUA MAIORIA ACIDENTES TÍPICOS 86% (GETHS 2009).

A MANUTENÇÃO DE ELEVADOS ÍNDICES DE AT, COMO APRESENTA A OIT, É A PROBLEMÁTICA NO QUAL ESTE ESTUDO DESENVOLVE-SE. TAL REALIDADE DEMONSTRA, POSSIVELMENTE, A BAIXA EFICÁCIA TÉCNICA DE ÓRGÃOS COMO O MINISTÉRIO PÚBLICO, INSS, SINDICATOS, DIRETORIAS REGIONAIS DO TRABALHO (DRT), FUNDACENTRO ENTRE OUTROS, ENVOLVIDOS NA SAÚDE DO TRABALHADOR E NA PREVENÇÃO DE ACIDENTES LIDAR COM ESTA IMPORTANTE QUESTÃO SOCIAL.

OS AT, BEM COMO PROCESSOS DE ADOECIMENTO RELACIONADO AO TRABALHO, SÃO DECORRENTES DE DETERMINADAS FORMAS DE PRODUÇÃO E DO MODO COMO SE ORGANIZA O PROCESSO DE TRABALHO, APONTAM MENDES E WÜNSCH (2007), GUIDA, BRITO E ALVAREZ (2012).

MEDIANTE O EXPOSTO, NÃO SERIA EXAGERO CONCLUIR QUE A SAÚDE DO TRABALHADOR É UM PROBLEMA PÚBLICO, QUE EXIGE AÇÕES COORDENADAS, REGULADORAS E MEDIADORAS DO ESTADO, AFIRMA JACKSON FILHO ET AL, 2007.

A SAÚDE DO TRABALHADOR ENQUANTO TRANSVERSAL A SAÚDE COLETIVA, AMBAS COM TRAJETÓRIAS HISTÓRICAS PARALELAS, TÊM SUAS AÇÕES DIRECIONADAS À PROMOÇÃO DA SAÚDE (CARTA DE OTAWA 1986). O ENFOQUE DA PROMOÇÃO DA SAÚDE VEM AO ENCONTRO DO OBJETIVO PRIMORDIAL DA SAÚDE AMBIENTAL, A MELHORA DA QUALIDADE DE VIDA DAS POPULAÇÕES, POR MEIO DE INSTRUMENTOS QUE POSSIBILITEM A ORGANIZAÇÃO DE AÇÕES VOLTADAS A PROMOÇÃO DA SAÚDE E AO CONTROLE DE AGRAVOS RELATIVOS AO MEIO AMBIENTE, ENTRE ELES O DO TRABALHO (BRASIL, 2008).

PARA CAMPOS (2004), A PROMOÇÃO DA SAÚDE ENQUANTO POLÍTICA TRANSVERSAL E ARTICULADORA DAS DIVERSAS ÁREAS TÉCNICAS. DEVE PERCORRER O CONJUNTO DE AÇÕES E PROJETOS EM SAÚDE, CONSIDERANDO TODOS OS NÍVEIS DE COMPLEXIDADE E GESTÃO, ALÉM DE UM OLHAR MAIS POTENCIALIZADOR DO PAPEL DO PROFISSIONAL E DO USUÁRIO ENQUANTO PROTAGONISTA NO PROCESSO PRODUTIVO DE SAÚDE. O CONCEITO É UMA MEDIDA DE IMPORTÂNCIA PARA ENFRENTAMENTO DE PROBLEMAS CONTEMPORÂNEOS, COMO OS QUE AFETAM O MEIO AMBIENTE, ENFATIZANDO A INTERSETORIALIDADE DAS AÇÕES E A AUTONOMIA DO SUJEITO E DAS COLETIVIDADES. NO ENTANTO, DEVE-SE CONSIDERAR, NÃO MENOS RELEVANTE, O PAPEL DO ESTADO NA FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS E AÇÕES PARA REDUÇÃO DE RISCOS E VULNERABILIDADE DAS POPULAÇÕES. O AUTOR CONSIDERA PARA QUE TAIS INICIATIVAS SEJAM DE FATO EFICAZES É NECESSÁRIO QUE ESTEJAM ARTICULADAS AOS MOVIMENTOS SOCIAIS.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

DESTACAMOS, NESSE CONTEXTO, A SAÚDE DOS TRABALHADORES COMO UM ASPECTO DE SUMA IMPORTÂNCIA À PROMOÇÃO DE AMBIENTES DE TRABALHO SAUDÁVEIS, COM FOCO NA MUDANÇA DO PROCESSO DE TRABALHO, CONSIDERANDO A COMPLEXA RELAÇÃO TRABALHO-SAÚDE E OS CONDICIONANTES SOCIAIS, ECONÔMICOS, TECNOLÓGICOS E ORGANIZACIONAIS NA DETERMINAÇÃO DA SAÚDE DESSES INDIVÍDUOS (DIAS, 2001).

METODOLOGIA

ESTE ESTUDO DERIVA COMO UMA DAS PRODUÇÕES DO PROJETO TEMÁTICO COORDENADO POR DOCENTE DA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA USP, ESTÁ APROVADO PELO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA MESMA INSTITUIÇÃO OF. COEP/060/13. É UM ESTUDO RETROSPECTIVO, DESCRITIVO DE NATUREZA QUANTITATIVA. COM BASE EM DADOS SECUNDÁRIOS. O LOCAL DA PESQUISA FOI NO MUNICÍPIO DE PIRACICABA-SP. A POPULAÇÃO DE ESTUDO CONSTITUIU-SE DE TRABALHADORES ACIDENTADOS NOTIFICADOS NO PERÍODO DE JANEIRO A DEZEMBRO DE 2012. A FONTE DE DADOS FOI O SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM ACIDENTES DE TRABALHO (SIVAT) DESENVOLVIDO PELO CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (CEREST) DO MUNICÍPIO. OS DADOS FORAM IMPORTADOS E CONSOLIDADOS PARA O PROGRAMA EXCEL: SEXO, IDADE, RAMO DE ATIVIDADE, VÍNCULO EMPREGATÍCIO, CID 10, GRAVIDADE, PARTE DO CORPO ATINGIDA E LOCAL DE ATENDIMENTO. AS INFORMAÇÕES FORAM SISTEMATIZADAS UTILIZANDO TABELAS E GRÁFICOS. FOI REALIZADA BUSCA DOCUMENTAL EM LEGISLAÇÃO QUE DISPUNHA SOBRE A SAÚDE DO TRABALHADOR. O REFERENCIAL TEÓRICO PARA ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS ÂNCOROU-SE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE E NA SAÚDE DO TRABALHADOR, FAZENDO USO DA BASE DE DADO BIBLIOTECA VIRTUAL DA SAÚDE, ALÉM DE PERIÓDICOS NACIONAIS E INTERNACIONAIS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

EM 2012 NO MUNICÍPIO DE PIRACICABA/SP FORAM NOTIFICADOS 10.093 CASOS DE AT COM 9 FATAIS. QUANTO À CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE: 8.052 CASOS LEVES, 1.839 MODERADOS E 193 GRAVES. SENDO 76% DO SEXO MASCULINO E 24% FEMININO. SEGUNDO CLASSIFICAÇÃO NACIONAL DE ATIVIDADE ECONÔMICA (CNAE) 65% DO TOTAL NOTIFICADO ESTAVAM EM CINCO DAS MAIS FREQUENTES: METALURGIA BÁSICA (2.375), COMÉRCIO POR ATACADO E REPRESENTANTES COMERCIAIS E AGENTES DO COMÉRCIO (1.214), CONSTRUÇÃO (1.150), FABRICAÇÃO DE PRODUTOS ALIMENTÍCIOS E BEBIDAS (1.013), SERVIÇOS PRESTADOS PRINCIPALMENTE AS EMPRESAS (842). DESSES TOTAIS, IDENTIFICOU-SE 9.256 COM REGIME CELETISTA, 286 AUTÔNOMOS, 134 FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS E 410 OUTROS. OS PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS APRESENTADOS, CONFORME CID 10, FORAM: CONTUSÃO (33%), FERIMENTO CORTO- CONTUSO (20%), ENTORSE (10%), OUTROS (7%) E CORPO ESTRANHO (7%). QUANTO AO AFASTAMENTO: 6.837 TIVERAM DE 1 A 15 DIAS, 1.860 SEM AFASTAMENTO, 1.079 16 A 30 DIAS E 317, MAIS DE 30 DIAS (PIRACICABA, 2014). EM RELAÇÃO AO GÊNERO, OS TRABALHADORES DO SEXO MASCULINO APRESENTOU UMA OCORRÊNCIA APROXIMADAMENTE 3 VEZES MAIOR EM RELAÇÃO AO FEMININO, SUGERINDO PREDOMÍNIO DE ATIVIDADES DE MAIOR INSALUBRIDADE. APARENTEMENTE, OS 5 PRIMEIROS RAMOS DE ATIVIDADE SÃO OS AMBIENTES DE TRABALHO DE POTENCIAL VULNERABILIDADE À OCORRÊNCIA, POIS APONTAM MAIS DA METADE DO TOTAL NOTIFICADO NAQUELE ANO. PIRACICABA É UM MUNICÍPIO PIONEIRO NA IMPLANTAÇÃO E VIGILÂNCIA DE AT DE FORMA EFETIVA, TEM IMPLANTADO EM SEU SISTEMA DESDE 1997 DISPÕE DE LEGISLAÇÃO PRÓPRIA COM ATRIBUIÇÃO PLENA NA REALIZAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR LEI MUNICIPAL, SEU CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR É POLO REGIONAL EM VIGILÂNCIA, TÊM IMPLANTADO UM SISTEMA DE VIGILÂNCIA INFORMATIZADO O REGISTRO DE ATENDIMENTO DE ACIDENTE DE TRABALHO (CORDEIRO ET AL, 2005). ONDE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE E EMPRESAS SÃO CAPACITADAS PARA SEU PREENCHIMENTO E O SERVIÇO FAZ USO DESTA FERRAMENTA COMO FORMA DE IDENTIFICAR SITUAÇÕES POTENCIAIS PARA INTERVENÇÃO NA ORGANIZAÇÕES DE TRABALHO COM A FINALIDADE DE REDUZIR OS NÚMEROS DE AT E PROMOVER A MELHORIA DAS CONDIÇÕES NO AMBIENTE DE TRABALHO (VILELA, 2007).

NO BRASIL A SAÚDE DO TRABALHADOR ESTÁ REGULAMENTADA NA LEI ORGÂNICA DA SAÚDE 8080/90, QUE DISPÕE SOBRE A SAÚDE DO TRABALHADOR E DAS PORTAS DE ENTRADA NO SISTEMA (BRASIL, 1990). A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA FOI INSTITUÍDA PELO GOVERNO FEDERAL EM 2012, ATRAVÉS DA PORTARIA Nº 1.823, COMO UM ESFORÇO POLÍTICO PARA LIDAR COM ESSA IMPORTANTE QUESTÃO SOCIAL. RECONHECE A TRANSVERSALIDADE DAS AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA E O TRABALHO COMO UM DETERMINANTE NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA, ENFATIZA A PROMOÇÃO E A PROTEÇÃO AO CONSIDERAR O AT EVENTO POTENCIALMENTE EVITÁVEL E A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO RELEVANTE NA SUA PRECIPITAÇÃO.

A POLÍTICA NACIONAL DA SAÚDE DO TRABALHADOR E TRABALHADORA PUBLICADA EM 2012, TRAZ NA SUA GÊNESE A LEI ORGÂNICA DO SUS, APRESENTA DIRETRIZES SIMILARES, SOMANDO A DIRETRIZ VII – PRECAUÇÃO. ENFOCA AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E A VIGILÂNCIA DOS AMBIENTES, NESSE CASO A DO TRABALHO E AFETOS POR ELE. ABORDA O PROCESSO DE MUDANÇA ORGANIZACIONAL (COMO IMPORTANTE PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR, CONSIDERANDO OS FATORES DETERMINANTES NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA, COM AÇÕES DE PROMOÇÃO. OBSERVA-SE QUE A POLÍTICA CONSIDERA PRESSUPOSTOS DA CARTA DE OTTAWA, 1986, MARCO HISTÓRICO QUE ABORDA A PROMOÇÃO DA SAÚDE, E TAMBÉM O DA ERGONOMIA DA ATIVIDADE (GUERRIN ET AL, 2004) QUE NO CENÁRIO NACIONAL É MUITO BEM DESENVOLVIDA POR ESTUDIOSOS COMO VILELA, ALMEIDA E JACKSON FILHO.

CONCLUSÃO

O CENÁRIO FAZ PENSAR A INEVITÁVEL RELAÇÃO CAPITAL-TRABALHO E A COMPLEXIDADE DO PAPEL DO ESTADO NA MEDIAÇÃO E CONFRONTO COM OS NOVOS ARCABOUÇOS INSTITUCIONAIS DE CAPITALISMO. OS AT SINALIZAM A NECESSIDADE CONTÍNUA DE INVESTIMENTOS EM SISTEMAS DE SEGURANÇA E PROTEÇÃO, ESPECIALMENTE, A RELAÇÃO QUE O TRABALHADOR ESTABELECE COM A ATIVIDADE E CONCOMITANTE, AO GRAU DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO PARA PRODUÇÃO.

APESAR DOS AVANÇOS NO CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR, DO EMPENHO DE DIVERSOS ÓRGÃOS, LEIS E METODOLOGIAS DE INTERVENÇÃO, AINDA É ALTAMENTE PREVALENTE A OCORRÊNCIA DA AT NO PAÍS. O QUE FAZ PENSAR NA NECESSIDADE DE UMA MAIOR EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA INSTITUÍDA, QUE CENTROS ACADÊMICOS AINDA NECESSITAM DE UMA MAIOR ARTICULAÇÃO COM OS ÓRGÃOS RESPONSÁVEIS E A SOCIEDADE NO SENTIDO DE DISSEMINAR O CONHECIMENTO. PRINCIPALMENTE VOLTADOS ÀS AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DE UM AGRAVO POTENCIALMENTE EVITÁVEL E ALTAMENTE ONEROSO À SOCIEDADE EM TODOS OS SEUS SETORES.

A REALIDADE ATUAL DOS AMBIENTES ONDE A ATIVIDADE LABORAL SE DESENVOLVE, AINDA, INFELIZMENTE DANOSA A SAÚDE DESSES ATORES SOCIAIS, OS TRABALHADORES, TORNA EMERGENTE AÇÕES VOLTADAS À PROMOÇÃO DE AMBIENTES DE TRABALHO SAUDÁVEIS, SUPOSTADA POR AÇÕES POLÍTICAS E INSTITUCIONAIS DE EFICÁCIA, COMO É PROPOSTO PELO PROJETO TEMÁTICO AO QUAL ESTE ESTUDO É VINCULADO.

REFERÊNCIAS

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA. LEI ORGÂNICA 8080 DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. PARA SABER DAS COISAS: FALANDO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO. HEMEROTECA SINDICAL BRASILEIRA: SÃO PAULO, 2006. DISPONÍVEL EM : [HTTP://BVSMS.SAUDE.GOV.BR/BVS/DICAS/116CEREST.HTML](http://BVSMS.SAUDE.GOV.BR/BVS/DICAS/116CEREST.HTML) ACESSO EM: 01.FEV.13

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE / DATASUS.SISTEMAS E APLICATIVOS. DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. BRASÍLIA, 2008. DISPONÍVEL EM : [HTTP://WWW2.DATASUS.GOV.BR/DATASUS/INDEX.PHP?AREA=0401](http://WWW2.DATASUS.GOV.BR/DATASUS/INDEX.PHP?AREA=0401) ACESSO EM: 01.FEV.13

BRASIL. MINISTÉRIO DO EMPREGO E PREVIDÊNCIA SOCIAL. ANUÁRIO ESTATÍSTICO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. SEÇÃO IV ACIDENTES DE TRABALHO. BRASÍLIA, 2009. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.MPAS.GOV.BR/CONTEUDODINAMICO.PHP?ID=989](http://WWW.MPAS.GOV.BR/CONTEUDODINAMICO.PHP?ID=989) ACESSO EM: 01.FEV.13

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 1.823, DE 23 DE AGOSTO DE 2012. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA. BRASÍLIA, 2012. DISPONÍVEL EM:

[HTTP://BVSMS.SAUDE.GOV.BR/BVS/SAUDELEGIS/GM/2012/PRT1823_23_08_2012.HTML](http://BVSMS.SAUDE.GOV.BR/BVS/SAUDELEGIS/GM/2012/PRT1823_23_08_2012.HTML) ACESSO EM: 01.FEV.13

BRITO, J. TRABALHO E SAÚDE COLETIVA: O PONTO DE VISTA DA ATIVIDADE E DAS RELAÇÕES DE GÊNERO. REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA 10 (4), 879-890, RIO DE JANEIRO, 2005.

CAMPOS, G.W. BARROS, R.B, CASTRO, A.M. AVALIAÇÃO DE POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE. REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA. 9(3):745-749, 2004. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.SCIELO.BR/PDF/CSC/V9N3/A20V09N3.PDF](http://WWW.SCIELO.BR/PDF/CSC/V9N3/A20V09N3.PDF) ACESSO: 16 DE AGOSTO DE 2014.

CORDEIRO, R; ET AL. O SISTEMA DE VIGILÂNCIA DE ACIDENTES DO TRABALHO DE PIRACICABA, SÃO PAULO, BRASIL. CADERNO DE SAÚDE PÚBLICA, RIO DE JANEIRO, 21(5):1574-1583, SET-OUT, 2005.

DIAS, E.C. O CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR E O PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO À SAÚDE DOS TRABALHADORES, IN: MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/BRASIL. MANUAL DE PROCEDIMENTOS PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE. SÉRIE A. NORMAS E MANUAIS TÉCNICOS; N. 114. BRASÍLIA/DF – BRASIL 2001

GETHS E. O IMPACTO ECONÔMICO DOS ACIDENTES DE TRABALHO NA INDÚSTRIA DA CONSTRUÇÃO BRASILEIRA ENTRE 2002 E 2006. DISSERTAÇÃO DE MESTRADO, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PORTO ALEGRE, 2009.

GUÉRIN F, LAVILLE A, DANIELLOU F, DURAFFOURG J, KERGUELEN A. COMPREENDER O TRABALHO PARA TRANSFORMÁ-LO. A PRÁTICA DA ERGONOMIA. SÃO PAULO, EDGARD BLÜCHER, 2004. 200P.

GUIDA, H.F.S; BRITO, J.C; ALVAREZ, D. GESTÃO DO TRABALHO, SAÚDE E SEGURANÇA DOS TRABALHADORES DE TERMELÉTRICAS: UM OLHAR SOB O PONTO DE VISTA DA ATIVIDADE. REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA. RIO DE JANEIRO; S.N; 2011

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. SAFETY IN NUMBERS - POINTERS FOR A GLOBAL SAFETY CULTURE AT WORK, INTERNATIONAL LABOUR OFFICE, GENEVA, 2003. ISBN 92-2-113741-4. WEB SITE:

WWW.ILO.ORG/PUBLIC/ENGLISH/PROTECTION/SAFework/WORLDDAY/REPORT_ENG.PDF ACESSO EM: 01.FEV.13

JACKSON FILHO, J.M.; GARCIA, E.G.; ALMEIDA, I.M. EDITORIAL: A SAÚDE DO TRABALHADOR COMO PROBLEMA PÚBLICO OU A AUSÊNCIA DO ESTADO COMO PROJETO. REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE OCUPACIONAL, SÃO PAULO, 32 (115): 4-6, 2007.

JACOBINA, A; NOBRE, L.C.C; CONCEIÇÃO, P.S.A. VIGILÂNCIA DE ACIDENTES DE TRABALHO GRAVES E COM ÓBITOS. IN: BAHIA. SECRETARIA DA SAÚDE. SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO DA SAÚDE. MANUAL DE NORMAS E PROCEDIMENTOS TÉCNICOS PARA A VIGILÂNCIA DA SAÚDE DO TRABALHADOR. SALVADOR, CENTRO DE ESTUDOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR, 2002. P.87-115, ILUS, TAB.

PEREIRA. E.G. A PARTICIPAÇÃO DA ENFERMAGEM NO TRABALHO EDUCATIVO EM SAÚDE COLETIVA: UM ESTUDO DOS RELATOS DE EXPERIÊNCIA PRODUZIDOS POR ENFERMEIROS BRASILEIROS NO PERÍODO DE 1988-2003. SÃO PAULO. 2005.

PIRACICABA. BOLETIM DE ACIDENTES DE TRABALHO DE PIRACICABA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. CEREST PIRACICABA Nº 03 – JAN. 2014.

SILVA EP, PEIXOTO, FL, COUTINHO PM, CONSTANZI RN. O PERFIL DOS BENEFICIÁRIOS DO REGIME GERAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL (RGPS). BRASIL. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. INFORME DE PREVIDÊNCIA SOCIAL. VOL. 26, Nº 02, FEV- 2014

VILELA, R.A.G.; MENDES, R.W.B.; GONÇALVES, C.A.H. ACIDENTE DO TRABALHO INVESTIGADO PELO CEREST PIRACICABA: CONFRONTANDO A ABORDAGEM TRADICIONAL DA SEGURANÇA DO TRABALHO. REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE OCUPACIONAL, SÃO PAULO, 32 (115): 29-40, 2007

WÜNSCH, D. S; MENDES, J. M. R. SAÚDE DO TRABALHADOR E PROTEÇÃO SOCIAL: AS REPERCUSSÕES DA PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NO CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO. REVISTA REDE DE ESTUDOS DO TRABALHO ANOV, Nº 9, 2011

AGRADECIMENTOS

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

Saúde do Trabalhador: desafios políticos, institucionais e da promoção da saúde.

Autor 1 (apresentador) – Cléria da Silva Marinho. Mestranda. Universidade de São Paulo. Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva. cleriamarinho@usp.br

Autor 2 – Alessandro Jose Nunes da Silva. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Piracicaba. alessandro090676@gmail.com

Autor 3 – Nancy de Albuquerque. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Piracicaba. Nancy_albuquerque@yahoo.com.br

Autor 4 – Profº Drº Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela, Universidade de São Paulo, Departamento de Saúde Ambiental. rvilela@usp.br

Autor 5 – Profª Drª Ana Maria Chiesa, Universidade de São Paulo, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva. amchiesa@usp.br

Autor 6 (Orientador) – Profª Drª Sayuri T Maeda, Universidade de São Paulo, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva. sayuri@usp.br

Palavras-chave: Acidente de Trabalho. Saúde do Trabalhador, Políticas Públicas, Promoção da Saúde.

Resumo

Objetivos: Caracterizar os Acidentes de trabalho (AT) ocorridos em 2012; examinar os afastamentos por AT; Discutir promoção da saúde dos trabalhadores na perspectiva da política regulamentadora. **Resultados:** foram notificados 10.093 casos de AT sendo 9 fatais. Quanto a classificação de gravidade: 8.052 casos leves, 1.839 moderados e 193 graves; sendo 76% do sexo masculino e 24% feminino. Conforme Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE) 65% do total notificado estavam em cinco das mais frequentes: Metalurgia Básica (2.375), Comércio por Atacado e Representantes Comerciais e Agentes do Comercio (1.214), Construção (1.150), Fabricação de Produtos Alimentícios e Bebidas (1.013), Serviços Prestados Principalmente as Empresas (842). Desses totais, identificou-se 9.256 com regime celetista, 286 autônomos, 134 funcionários públicos e 410 outros. Os principais diagnósticos apresentados, conforme CID 10, foram: contusão (33%), ferimento corto- contuso (20%), entorse (10%), outros (7%) e corpo estranho (7%). Quanto ao afastamento: 6.837 tiveram de 1 a 15 dias, 1.860 sem afastamento, 1.079 16 a 30 dias e 317, mais de 30 dias. No Brasil, a saúde do trabalhador está regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde 8080/90, dispõe sobre a assistência e portas de entrada no sistema. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador foi instituída pelo governo federal em 2012, um esforço político para lidar com essa importante questão social. Reconhece a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um determinante no processo saúde-doença, enfatiza a promoção e a proteção ao considerar o AT evento potencialmente evitável e a organização do trabalho relevante na sua precipitação.

Introdução

Conforme definição marxista, o trabalho é a relação estabelecida entre o homem e a natureza, no qual o ser humano por meio da sua própria ação atua, impulsiona, regula e controla o intercâmbio material, transformando assim a natureza externa, ao mesmo tempo, em que modifica sua própria natureza (PEREIRA, 2005). É dimensão fundamental da vida, transforma-se em um elemento que sempre atravessa a problemática da saúde. O trabalho nunca é neutro à saúde, ou é operador ou é patogênico. Compreender o que é trabalhar e sua importância na vida dos indivíduos poderá contribuir para a incorporação da problemática da saúde do trabalhador no campo da saúde coletiva, afirmando o trabalho como determinante de saúde (BRASIL, 1990; BRITO, 2011).

Além disso, constitui-se como centro gerador de atividades econômicas. Na sociedade atual conta com expressões políticas, sindicais e de poder público para intervir, ora por questões salariais, outras, para promover segurança e proteção ao trabalhador.

Para Mendes e Wünsch (2007), a despeito do avanço científico e tecnológico, que impacta positivamente na saúde da população, a morbidade e mortalidade em diversos grupos populacionais expressam-se em números ascendentes. Entre eles está a classe trabalhadora, dados apontam que em 2011 60,02% dos brasileiros estavam dentro da população economicamente ativa (PEA) (IBGE) (BRASIL, 2012; SILVA et al, 2014). População esta afeta por doenças relacionadas à atividade e preponderantemente por acidentes relacionados ao trabalho.

Desde a Constituição de 1988 o AT é reconhecido como fenômeno socialmente determinado, previsível e prevenível, dadas as condições de trabalho que permeiam a maioria dos ambientes e processos de trabalho em nosso país. Tal conceito atende ao princípio de universalidade, considerando AT aqueles ocorridos com quaisquer trabalhador, independente da existência ou formalização de vínculo empregatício (JACOBINA et al., 2002). Desta forma, ampliou a visão do conjunto rompendo a relação estrita empresa/organização e o empregado/ trabalhador, incluindo os que exercem atividades sem vínculos formais. O objeto deste estudo é o Acidente de Trabalho (AT) envolvendo todos os ramos de atividade.

Em 2010, de acordo com dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT) 160 milhões de pessoas no mundo tinham alguma doença relacionada ao trabalho e o somatório de AT fatal e não fatal era de, aproximadamente, 270 milhões ao ano. Apesar das subnotificações, pois países da América Latina e Caribe notificavam apenas 7,6% dos eventos, em contraste a 62% nos países do norte. No Brasil o Instituto Nacional de Seguridade Social registrou, em 2011, 711,2 mil AT informou o Ministério do Trabalho e Emprego. Só na construção civil, ramo de atividade com alta prevalência de AT, entre os anos de 2002 e 2006, evidenciou 141.621 AT notificações, contabilizando aproximadamente 12 AT por hora trabalhada, na sua maioria acidentes típicos 86% (GETHS 2009).

A manutenção de elevados índices de AT, como apresenta a OIT, é a problemática no qual este estudo desenvolve-se. Tal realidade demonstra, possivelmente, a baixa eficácia técnica de órgãos como o Ministério Público, INSS, Sindicatos, Diretorias Regionais do Trabalho (DRT), Fundacentro entre outros, envolvidos na saúde do trabalhador e na prevenção de acidentes lidar com esta importante questão social.

Os AT, bem como processos de adoecimento relacionado ao trabalho, são decorrentes de determinadas formas de produção e do modo como se organiza o processo de trabalho, apontam Mendes e Wünsch (2007), Guida, Brito e Alvarez (2012).

Mediante o exposto, não seria exagero concluir que a saúde do trabalhador é um problema público, que exige ações coordenadas, reguladoras e mediadoras do Estado, afirma Jackson Filho et al, 2007.

A saúde do trabalhador enquanto transversal a saúde coletiva, ambas com trajetórias históricas paralelas, têm suas ações direcionadas à promoção da saúde (Carta de Ottawa 1986). O enfoque da promoção da saúde vem ao encontro do objetivo primordial da saúde ambiental, a melhora da qualidade de vida das populações, por meio de instrumentos que possibilitem a organização de ações voltadas a promoção da saúde e ao controle de agravos relativos ao meio ambiente, entre eles o do trabalho (BRASIL,2008).

Para Campos (2004), a promoção da saúde enquanto política transversal e articuladora das diversas áreas técnicas. Deve percorrer o conjunto de ações e projetos em saúde, considerando todos os níveis de complexidade e gestão, além de um olhar mais potencializador do papel do profissional e do usuário enquanto protagonista no processo produtivo de saúde. O conceito é uma medida de importância para enfrentamento de problemas contemporâneos, como os que afetam o meio ambiente, enfatizando a intersectorialidade das ações e a autonomia do sujeito e das coletividades. No entanto, deve-se considerar, não menos relevante, o papel do Estado na formulação de políticas e ações para redução de riscos e vulnerabilidade das populações. O autor considera para que tais iniciativas sejam de fato eficazes é necessário que estejam articuladas aos movimentos sociais.

Destacamos, nesse contexto, a saúde dos trabalhadores como um aspecto de suma importância à promoção de ambientes de trabalho saudáveis, com foco na mudança do processo de trabalho, considerando a complexa relação trabalho-saúde e os condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais na determinação da saúde desses indivíduos (DIAS, 2001).

Metodologia

Este estudo deriva como uma das produções do Projeto Temático coordenado por docente da Faculdade de Saúde Pública da USP, está aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da mesma instituição OF. COEP/060/13.

É um estudo retrospectivo, descritivo de natureza quantitativa. Com base em dados secundários. O local da pesquisa foi no município de Piracicaba-SP. A população de estudo constituiu-se de trabalhadores acidentados notificados no período de janeiro a dezembro de 2012. A fonte de dados foi o Sistema de Informação de Vigilância em Acidentes de Trabalho (SIVAT) desenvolvido pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) do município. Os dados foram importados e consolidados para o programa Excel: sexo, idade, ramo de atividade, vínculo empregatício, CID 10, gravidade, parte do corpo atingida e local de atendimento. As informações foram sistematizadas utilizando tabelas e gráficos. Foi realizada busca documental em legislação que dispunha sobre a saúde do trabalhador. O referencial teórico para análise e discussão dos resultados ancorou-se na promoção da saúde e na saúde do trabalhador, fazendo uso da base de dado Biblioteca Virtual da Saúde, além de periódicos nacionais e internacionais.

Resultados e Discussão

Em 2012 no Município de Piracicaba/SP foram notificados 10.093 casos de AT com 9 fatais. Quanto à classificação da gravidade: 8.052 casos leves, 1.839 moderados e 193 graves. Sendo 76% do sexo masculino e 24% feminino. Segundo Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE) 65% do total notificado estavam em cinco das mais frequentes: Metalurgia Básica (2.375), Comércio por Atacado e Representantes Comerciais e Agentes do Comercio (1.214), Construção (1.150), Fabricação de Produtos Alimentícios e Bebidas (1.013), Serviços Prestados Principalmente as Empresas (842). Desses totais, identificou-se 9.256 com regime celetista, 286 autônomos, 134 funcionários públicos e 410 outros. Os principais diagnósticos apresentados, conforme CID 10, foram: contusão (33%), ferimento corto- contuso (20%), entorse (10%), outros (7%) e corpo estranho (7%). Quanto ao afastamento: 6.837 tiveram de 1 a 15 dias, 1.860 sem afastamento, 1.079 16 a 30 dias e 317, mais de 30 dias (PIRACICABA, 2014).

Em relação ao gênero, os trabalhadores do sexo masculino apresentou uma ocorrência aproximadamente 3 vezes maior em relação ao feminino, sugerindo predomínio de atividades de maior insalubridade. Aparentemente, os 5 primeiros ramos de atividade são os ambientes de trabalho de potencial vulnerabilidade à ocorrência, pois apontam mais da metade do total notificado naquele ano.

Piracicaba é um município pioneiro na implantação e vigilância de AT de forma efetiva, tem implantado em seu sistema desde 1997 dispõe de legislação própria com atribuição plena na realização de vigilância em saúde do trabalhador Lei Municipal, seu Centro de Referência em Saúde do Trabalhador é polo regional em vigilância, têm implantado um sistema de vigilância informatizado o Registro de Atendimento de Acidente de Trabalho (CORDEIRO et al, 2005). Onde estabelecimentos de saúde e empresas são capacitadas para seu preenchimento e o serviço faz uso desta ferramenta como forma de identificar situações potenciais para intervenção na organizações de trabalho com a finalidade de reduzir os números de AT e promover a melhoria das condições no ambiente de trabalho (VILELA, 2007).

No Brasil a saúde do trabalhador está regulamentada na Lei Orgânica da Saúde 8080/90, que dispõe sobre a saúde do trabalhador e das portas de entrada no sistema (BRASIL, 1990). A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora foi instituída pelo governo federal em 2012, através da Portaria nº 1.823, como um esforço político para lidar com essa importante questão social. Reconhece a transversalidade das ações de saúde do trabalhador no campo da saúde coletiva e o trabalho como um determinante no processo saúde-doença, enfatiza a promoção e a proteção ao considerar o AT evento potencialmente evitável e a organização do trabalho relevante na sua precipitação.

A Política Nacional da Saúde do Trabalhador e Trabalhadora publicada em 2012, traz na sua gênese a Lei Orgânica do SUS, apresenta diretrizes similares, somando a diretriz VII – Prevenção. Enfoca ações de promoção da saúde e a vigilância dos ambientes, nesse caso a do trabalho e afetos por ele. Aborda o processo de mudança organizacional (como importante para promoção da saúde do trabalhador, considerando os fatores determinantes no processo saúde-doença, com ações de promoção. Observa-se que a Política considera pressupostos da Carta de Ottawa, 1986, marco histórico que aborda a promoção da saúde, e também o da ergonomia da atividade (GUERRIN et al, 2004) que no cenário nacional é muito bem desenvolvida por estudiosos como Vilela, Almeida e Jackson Filho.

Conclusão

O cenário faz pensar a inevitável relação capital-trabalho e a complexidade do papel do Estado na mediação e confronto com os novos arcabouços institucionais de capitalismo. Os AT sinalizam a necessidade contínua de investimentos em sistemas de segurança e proteção, especialmente, a relação que o trabalhador estabelece com a atividade e concomitante, ao grau de organização do trabalho para produção.

Apesar dos avanços no campo da Saúde do trabalhador, do empenho de diversos órgãos, leis e metodologias de intervenção, ainda é altamente prevalente a ocorrência da AT no país. O que faz pensar na necessidade de uma maior efetivação da política pública instituída, que centros acadêmicos ainda necessitam de uma maior articulação com os órgãos responsáveis e a sociedade no sentido de disseminar o conhecimento. Principalmente voltados às ações de promoção e prevenção de um agravo potencialmente evitável e altamente oneroso à sociedade em todos os seus setores.

A realidade atual dos ambientes onde a atividade laboral se desenvolve, ainda, infelizmente danosa a saúde desses atores sociais, os trabalhadores, torna emergente ações voltadas à promoção de ambientes de trabalho saudáveis, suportada por ações políticas e institucionais de eficácia, como é proposto pelo projeto temático ao qual este estudo é vinculado.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Lei orgânica 8080 de 19 de setembro de 1990. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. Para saber das coisas: falando da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e doenças relacionadas ao trabalho. Hemeroteca Sindical Brasileira: São Paulo, 2006. DISPONÍVEL EM : <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/116cerest.html> Acesso em: 01.fev.13

BRASIL. Ministério da saúde / DATASUS.Sistemas e Aplicativos. Departamento de Informática do SUS. Brasília, 2008. DISPONÍVEL EM : <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0401> Acesso em: 01.fev.13

BRASIL. Ministério do Emprego e Previdência Social. Anuário Estatístico da Previdência Social. Seção IV Acidentes de Trabalho. Brasília,2009. Disponível em: <http://www.mpas.gov.br/conteudoDinamico.php?id=989> Acesso em: 01.fev.13

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.823, DE 23 DE AGOSTO DE 2012. Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html Acesso em: 01.fev.13

BRITO, J. Trabalho e Saúde Coletiva: o ponto de vista da atividade e das relações de gênero. Revista Ciência e Saúde Coletiva 10 (4), 879-890,Rio de Janeiro, 2005.

CAMPOS, G.W. BARROS, R.B, CASTRO, A.M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. Revista Ciência e Saúde Coletiva. 9(3):745-749,2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a20v09n3.pdf> acesso: 16 de agosto de 2014.

CORDEIRO, R; et al. O sistema de vigilância de acidentes do trabalho de Piracicaba, São Paulo, Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro,21(5):1574-1583, set-out, 2005.

DIAS, E.C. O CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR E O PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO À SAÚDE DOS TRABALHADORES, In: Ministério da Saúde do Brasil Organização Pan-Americana da Saúde/Brasil. Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 114. Brasília/DF – Brasil 2001

GETHS E. O impacto econômico dos acidentes de trabalho Na indústria da construção brasileira Entre 2002 e 2006. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Porto Alegre, 2009.

GUÉRIN F, LAVILLE A, DANIELLOU F, DURAFFOURG J, KERGUELEN A. Compreender o trabalho para transformá-lo. A prática da Ergonomia. São Paulo, Edgard Blücher, 2004.200p.

GUIDA, H.F.S; BRITO, J.C; ALVAREZ, D. Gestão do trabalho, saúde e segurança dos trabalhadores de termelétricas: um olhar sob o ponto de vista da atividade. Revista Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro; s.n; 2011

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION.Safety in numbers - Pointers for a global safety culture at work, International Labour Office, Geneva, 2003. ISBN 92-2-113741-4. Web site: www.ilo.org/public/english/protection/safework/worldday/report_eng.pdf
Acesso em: 01.fev.13

JACKSON FILHO, J.M.; GARCIA, E.G.; ALMEIDA, I.M. Editorial: A Saúde do Trabalhador como problema público ou a ausência do Estado como projeto. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, 32 (115): 4-6, 2007.

JACOBINA,A; NOBRE, L.C.C; CONCEIÇÃO, P.S.A. Vigilancia de acidentes de trabalho graves e com óbitos. In: Bahia. Secretaria da Saude. Superintendencia de Vigilancia e Protecao da Saude. Manual de normas e procedimentos tecnicos para a vigilancia da saude do trabalhador. Salvador, Centro de Estudos da Saude do Trabalhador, 2002. p.87-115, ilus, tab.

PEREIRA. E.G. A Participação da enfermagem no trabalho educativo em saúde coletiva: um estudo dos relatos de experiência produzidos por enfermeiros brasileiros no período de 1988-2003. São Paulo. 2005.

PIRACICABA. Boletim de Acidentes de Trabalho de Piracicaba. Secretaria Municipal de Saúde. CEREST Piracicaba nº 03 – Jan. 2014.

SILVA EP, Peixoto, FL, Coutinho PM, Constanzi RN. O perfil dos beneficiários do regime Geral de previdência social (rgps). Brasil. Ministério da Previdência Social. Informe de Previdência Social. Vol. 26, nº 02, fev- 2014

VILELA, R.A.G.; Mendes, R.W.B.; Gonçalves, C.A.H. Acidente do trabalho investigado pelo CEREST Piracicaba: confrontando a abordagem tradicional da segurança do trabalho. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, 32 (115): 29-40, 2007

WÜNSCH, D. S; MENDES, J. M. R. Saúde do trabalhador e proteção social: as repercussões da precarização do trabalho no capitalismo contemporâneo. Revista Rede de Estudos do Trabalho anoV, nº 9, 2011

Agradecimentos

INSERIR OS AGRADECIMENTOS ÀS PESSOAS, ENTIDADES E/OU AGÊNCIAS DE FOMENTO ARIAL, 10) – ATENÇÃO PARA NÃO ULTRAPASSAR AS MARGENS LATERAIS.

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NA REGIÃO DE SAÚDE: SUBSIDIO PARA AS AÇÕES DE PROMOÇÃO A SAÚDE

Lucas Dias Soares Machado- Escola de Saúde Pública do Ceará – lucasdsmachado@hotmail.com
Kelly Fernanda Silva Santana- Escola de Saúde Pública do Ceará
Petrucya Frazão Lira- 21ª Coordenadoria Regional de Saúde do Ceará- CRES
Debora Maria Alencar Mendes – 21ª Coordenadoria Regional de Saúde do Ceará- CRES
Maria Nizete Tavares Alves - Universidade Regional do Cariri- URCA
Maria de Fátima Vasques Monteiro - Universidade Regional do Cariri- URCA

Palavras-chave: Situação epidemiológica, promoção da saúde, região de saúde

RESUMO

A inserção efetiva da epidemiologia no planejamento das ações em saúde sugere uma tomada de decisão mais acertada no campo da saúde, refletindo na prevenção de doenças e promoção da saúde da população, sendo a situação de saúde da região uma relevante ferramenta para caracterizar as doenças e agravos aos quais a população é submetida. Este estudo buscou descrever a situação epidemiológica da 21ª Região de Saúde de Juazeiro do Norte, no Ceará, como forma de subsidiar o planejamento das ações de promoção da saúde. Trata-se de um estudo descritivo de caráter quantitativo realizado na 21ª Região de Saúde do Ceará, através da busca, seleção e análise de dados nos sistemas de informação e documentos da Coordenadoria Regional de Saúde – CRES, e sua organização em tabelas através do Microsoft Excel 2010. Identificou-se que as principais causas de óbito em nosso meio são as doenças cardiovasculares, seguido das causas externas e cânceres, que estão associadas a fatores de risco preveníveis. Dentre as principais morbidades identificaram-se os envenenamentos e as doenças do aparelho respiratório e digestivo, em seguida por doenças infecciosas e parasitárias e as doenças do aparelho circulatório. Conhecer a situação de saúde da população de uma região mostra-se como fundamental para o planejamento de ações e das atividades de promoção à saúde, contribuindo para efetivação da mesma, redirecionando as ações de apoio a saúde a partir do Grupo Técnico da Atenção Primária e do Grupo Técnico da Vigilância à Saúde.

INTRODUÇÃO

Conhecer a situação epidemiológica de uma população a quem se prestarão serviços de saúde é o passo inicial para o planejamento das atividades e ações a serem ofertadas a uma determinada Região de Saúde. O estudo epidemiológico dos principais problemas e agravos da região permite ajuizar parte das necessidades da população local e desta forma guiar os passos, metas e objetivos a serem implementados através de ações de prevenção, recuperação, manutenção e promoção da saúde. “Os estudos epidemiológicos são essenciais para identificar problemas prioritários, de modo a orientar decisões relativas à definição de prioridades para intervenção, proporcionando maior resolubilidade ao serviço” (GARCIA; SAINTRAIN,2009). A 21ª Região de Saúde – RS compreende os municípios de Barbalha, Caririaçu, Jardim, Juazeiro do Norte e Missão Velha, estrutura política-administrativa responsável por orientar, apoiar e monitorar as ações destes municípios. A organização interna da Coordenadoria Regional de Saúde – CRES em Grupos Técnicos permite a realização das ações de orientação, apoio e monitoramento de forma solidária, junto aos municípios de forma que são tecidas parcerias com estes. Dentre os grupos técnicos merecem destaque o Grupo Técnico da Atenção Primária e o Grupo Técnico da Vigilância à Saúde, por estarem em constante conexão com as propostas da promoção da saúde e as atividades realizadas nos municípios com esse intuito. Nas discussões acerca da promoção da saúde, e mais ainda naquelas sobre vigilância à saúde, a epidemiologia tem sido apontada como um instrumento não apenas útil, mas imprescindível (AYRES, 2002), uma vez que a promoção da saúde deve estar inclusa na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores e a epidemiologia consiste na forma mais próxima destes gestores de embasar suas decisões. Assim, este estudo buscou descrever a situação epidemiológica da 21ª Região de Saúde de Juazeiro do Norte, no Ceará, como forma de subsidiar o planejamento das ações de promoção da saúde a partir dos Grupos Técnicos em cada RS.

METODOLOGIA

TRATA-SE DE UM ESTUDO DESCRITIVO DE CARÁTER QUANTITATIVO, REALIZADO NA 21ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE – CRES, DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO CARIRI, NO CEARÁ. A PESQUISA QUANTITATIVA CONSIDERA O QUE PODE SER QUANTIFICÁVEL, TRADUZINDO EM NÚMEROS OPINIÕES E INFORMAÇÕES PARA SUA ANÁLISE (KAUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2010). A OBTENÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS ACONTECERAM DURANTE OS MESES DE JUNHO E JULHO DE 2014, A PARTIR DOS DADOS E DOCUMENTOS SOBRE O PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO, PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO – PDR, CONTRATO ORGANIZATIVO DE AÇÕES PÚBLICA EM SAÚDE – COAP, NOS SÍTIOS NA INTERNET DO GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ E SISTEMAS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE. OS DADOS FORAM ORGANIZADOS EM TABELA NO MICROSOFT EXCEL 2010 DE FORMA A PROPORCIONAR MELHOR VISUALIZAÇÃO E DISCUSSÃO.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

DADOS SOBRE MORTALIDADE, COMO AS CAUSAS DE MORTE, SÃO FONTES FUNDAMENTAIS PARA QUE SEJA CONHECIDO O ESTADO DA SAÚDE DE UMA POPULAÇÃO, CARACTERIZANDO IMPORTANTE PARTE DA SUA SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA. A CAUSA BÁSICA DA MORTE CONSISTE NA DOENÇA, LESÃO OU CIRCUNSTÂNCIAS QUE LEVARAM A CADEIA DE ACONTECIMENTOS PATOLÓGICOS QUE CONDUZIRAM À MORTE.

TABELA 1 – NÚMERO DE ÓBITOS POR GRUPO DE CAUSAS NA 21ª REGIÃO DE SAÚDE ,2010.

CAUSAS DE ÓBITOS	Nº	%
PARASITÁRIAS	89	5,7
NEOPLASIAS	314	20,3
AP. CIRCULATÓRIO	645	41,6
CAUSAS MAL DEFINIDAS	172	11,1
CAUSAS EXTERNAS	330	21,3

FONTE: SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO CEARÁ - SESA, 2013

NA 21ª RS PODE-SE OBSERVAR QUE O MAIOR NÚMERO DE ÓBITOS – 645 (41,6%) , TEM COMO CAUSA BÁSICA AS DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO, SEGUIDO POR CAUSAS EXTERNAS COM 21,3% E AS NEOPLASIAS COM 20,3% , CAUSAS MAL DEFINIDAS E DOENÇAS PARASITÁRIAS.

TABELA 2 – TAXAS DE MORTALIDADE POR CAUSA NA 21ª CRES E NO CEARÁ, 2010

CAUSAS	21ª CRES	CEARÁ
--------	----------	-------

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

DOENÇAS CEREBOVASCULARES	56,6	50,9
DOENÇAS ISQUÊMICAS DO CORAÇÃO	51,1	38,2
DOENÇAS HIPERTENSIVAS	32,0	26,7
HOMICÍDIO	28,2	31,6
ACIDENTES DE TRÂNSITO	18,6	23,8
CÂNCER DE PRÓSTATA	16,3	13,8
CÂNCER DE MAMA	9,7	11,4
CÂNCER DE PULMÃO	9,3	9,5
CÂNCER DE ESTÔMAGO	7,8	8,1

FONTE: SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO CEARÁ - SESA, 2013

A TABELA 2 APRESENTA UMA ANÁLISE COMPARATIVA DAS TAXAS DE MORTALIDADE POR 100.000 HAB ENTRE A 21ª CRES E O ESTADO DO CEARÁ, APONTANDO QUE A 21ª RS POSSUI TAXAS MAIS ELEVADAS QUE A DO ESTADO NAS DOENÇAS CEREBOVASCULARES, DOENÇAS ISQUÊMICAS DO CORAÇÃO, DOENÇAS HIPERTENSIVAS E CÂNCER DE PRÓSTATA. CEARÁ, 2013, APONTA QUE AS PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITO EM NOSSO MEIO (DOENÇAS CARDIOVASCULARES, CAUSAS EXTERNAS E CÂNCERES) ESTÃO ASSOCIADAS A FATORES DE RISCO COMO: HIPERTENSÃO ARTERIAL, OBESIDADE, SEDENTARISMO, ALIMENTAÇÃO INADEQUADA, TABAGISMO E CONSUMO ABUSIVO DE ÁLCOOL E OUTROS. ESSAS DOENÇAS E AGRAVOS NECESSITAM SER PREVENIDAS COM AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, COMO ESTÍMULO À ATIVIDADE FÍSICA (ACADEMIAS DA SAÚDE), ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E UTILIZAÇÃO DE ÁREAS DE LAZER E ESPORTE; ELABORAÇÃO DE PLANOS MUNICIPAIS E REGIONAL DE PREVENÇÃO E REDUÇÃO DA MORTALIDADE POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS, ENVOLVENDO OS DIVERSOS SETORES DA SOCIEDADE. AS CAUSAS DE ÓBITOS MAL DEFINIDAS AINDA SÃO UMA BARREIRA A SER ENFRENTADA PARA QUE SE TENHAM DADOS MAIS APROXIMADOS DA REALIDADE, EXPOSTOS DE FORMA CLARA E PASSÍVEL DE ENTENDIMENTO PERMITINDO O ENFRENTAMENTO DE FORMA MAIS ADEQUADA PREVENINDO-A OU RETARDANDO-A, CONFORME AS POSSIBILIDADES. NESTE SENTIDO SE FAZ NECESSÁRIO CONHECER AS PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAÇÃO PARA SE TRAÇAR O PERFIL DOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA REGIÃO E ASSIM TER UMA VISÃO DO PANORAMA DAS SITUAÇÕES QUE ACOMETEM A POPULAÇÃO PRIVANDO-A DO SEU PLENO POTENCIAL DE SAÚDE E POSSIBILITANDO ASSIM O PLANEJAMENTO DE INTERVENÇÕES E DE PRÁTICAS PROMOTORAS DA SAÚDE QUE AS REDUZAM.

TABELA 3 – PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAÇÃO NA 21ª RS

CAUSAS DE INTERNAÇÃO	%
CAUSAS EXTERNAS	15,3
DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO	14,7
DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO	11,7
DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS	11,4%
DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO	10,7%
OUTRAS CAUSAS	36,2

FONTE: SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO CEARÁ - SESA, 2013

NA RS EM ESTUDO A PRINCIPAL CAUSA DE INTERNAÇÃO SÃO AS LESÕES, ENVENENAMENTOS E ALGUMA OUTRA CONSEQUÊNCIA ÀS CAUSAS EXTERNAS (15,3%), SEGUIDA DAS DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO (14,7%), DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO (11,7%), DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS (11,4%) E DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO (10,7%). RESSALTA-SE QUE A PARTICIPAÇÃO RELATIVA DOS GRUPOS DE CAUSAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR PODE REFLETIR O QUADRO NOSOLÓGICO DA POPULAÇÃO BEM COMO A DEMANDA CONDICIONADA PELA OFERTA DE SERVIÇOS. A CONCENTRAÇÃO DE INTERNAÇÕES EM DETERMINADOS GRUPOS DE CAUSAS SUGERE CORRELAÇÕES COM OS CONTEXTOS ECONÔMICOS E SOCIAIS (CEARÁ, 2013). A INTERSETORIALIDADE IMPLICA NA TROCA E NA CONSTRUÇÃO COLETIVA DE SABERES, LINGUAGENS E PRÁTICAS ENTRE OS DIVERSOS SETORES E TORNA MAIS EFETIVA A AÇÃO DAS DIFERENTES ESTÂNCIAS E INSTITUIÇÕES REFLETINDO POSITIVAMENTE EM SUA AÇÃO (BRASIL, 2010). DESTA FORMA, PERCEBEU-SE QUE, DADA A DIVERSIDADE E COMPLEXIDADE DAS MORBIDADES EXISTENTES EM UMA REGIÃO, É NECESSÁRIO A REALIZAÇÃO DE UM TRABALHO ARTICULADO E INTERSETORIAL, ENVOLVENDO PRINCIPALMENTE OS SETORES DE EDUCAÇÃO, SAÚDE, AÇÃO SOCIAL E SEGURANÇA PÚBLICA NAS AÇÕES DE PREVENÇÃO E DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.

CONCLUSÃO

O PAPEL DO SETOR SAÚDE DEVE MOVER-SE GRADATIVAMENTE EM BUSCA DA PREVENÇÃO, PROTEÇÃO, RECUPERAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE, DESENVOLVENDO UMA POSTURA APOIADA NUMA PROPOSTA MAIS ABRANGENTE, FUNDAMENTADA PELA REALIDADE LOCAL E EMBASADA PELOS DADOS EPIDEMIOLÓGICOS QUE TRADUZAM SIGNIFICATIVAMENTE A SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO. ASSIM, CONHECER AS PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTALIDADE E MORBIDADE DE UMA REGIÃO É RELEVANTE POR REFLETIR OS PRINCIPAIS AGRAVOS E DOENÇAS QUE ACOMETEM A POPULAÇÃO REGIONAL, POSSIBILITANDO APOIAR AS NECESSIDADES INDIVIDUAIS E COMUNITÁRIAS PARA UMA VIDA MAIS SAUDÁVEL, ABRINDO CANAIS ENTRE O SETOR SAÚDE E OS SETORES EDUCACIONAIS, SOCIAIS, POLÍTICOS E ECONÔMICOS; E FUNDAMENTANDO AS TOMADAS DE DECISÃO NO PROCESSO DE ATUAÇÃO DOS GT DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E DA VIGILÂNCIA À SAÚDE.

REFERÊNCIAS

GARCIA, E.S.S; SAINTRAIN, M.V.L. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE UMA POPULAÇÃO IDOSA ATENDIDA PELO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA. REV. ENFERM. UERJ, RIO DE JANEIRO, JAN/MAR, 2009.

AYRES, J.R.C.M. EPIDEMIOLOGIA, PROMOÇÃO DA SAÚDE E O PARADOXO DO RISCO. REV. BRAS. EPIDEMIOL., VOL. 5, SUPL.1, 2002.

KAUARK F.; MANHÃES, F.C.; MEDEIROS, C.H. METODOLOGIA DA PESQUISA: GUIA PRÁTICA. ITABUNA: VIA LITTERARUM, 2010. 88P

CEARÁ. INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ. INDICADORES SOCIAIS DO CEARÁ 2011. FORTALEZA, CE, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.3. ED. – BRASÍLIA : MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010A.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

AGRADECIMENTOS

À ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ E AO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE – RIS DESTA INSTITUIÇÃO, PELO INCENTIVO A PESQUISA E APERFEIÇOAMENTO DE SEUS RESIDENTES E PRECEPTOR, BEM COMO SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A SAÚDE DO CEARÁ. A 21ª CRES COMO ESPAÇO DE PESQUISA E CONSTRUÇÃO DE ATIVIDADES COTIDIANAS.

Saúde ambiental na Atenção Básica

Rhavena Maria Gomes Sousa Rocha - Universidade Regional do Cariri. Email: rhavena_mgsr@hotmail.com
Aliniana da Silva Santos - Universidade Regional do Cariri
Lídia Samantha Alves de Brito - Universidade Regional do Cariri
Natália Daiana Lopes de Sousa - Universidade Regional do Cariri
Pablo Eliack Linhares de Holanda – Faculdade de Medicina de Juazeiro

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Maria do Socorro Vieira Lopes - Universidade Regional do Cariri

Palavras-chave: Saúde ambiental. Estratégia de Saúde da Família. Enfermagem.

Resumo

A atenção básica à saúde surge como meio prolífero para o desenvolvimento de ações voltadas para a temática ambiental. Este estudo tem como objetivo identificar como é trabalhada a relação saúde e ambiente na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório com abordagem qualitativa que apresentou como campo para seu desenvolvimento as ESF's do município de Crato-CE. Participaram da pesquisa 18 enfermeiros. A análise dos dados aconteceu conforme o Discurso do Sujeito Coletivo. Considerando a avaliação sobre a abordagem da saúde ambiental na ESF, foram obtidas três ideias centrais, e são elas: “orientação da população e dos agentes de saúde” (Ideia Central 1), “abordagem do tema apenas em épocas de surtos ou doenças” (Ideia Central 2) e “trabalho em parcerias” (Ideia Central 3). Percebe-se que os profissionais da ESF ainda não estão voltados para uma abordagem que trabalhe a relação saúde e ambiente em sua prática profissional. Há um déficit na participação comunitária e atividades educativas são realizadas apenas em época de surtos e doenças.

Introdução

Na perspectiva das práticas em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), a inclusão da temática ambiental vem sendo incorporada de uma forma gradativa na medida em que o fazer dos profissionais é focado num determinado espaço de ação, dessa forma ela incorpora-se ao trabalho e fornece subsídios concretos de apreensão de seu conteúdo enquanto um dos determinantes das condições de saúde e doença da população, passível de intervenção (PELEGRINNI; VAZ, 2010). A enfermagem preocupa-se com o bem-estar do indivíduo, de sua família e da comunidade, devendo ser executado juntamente com um sentimento de solidariedade, sem desconsiderar que o ambiente é um fator relacionado à saúde humana. A partir dessa compreensão, assim como outras áreas, objetiva manter o ambiente saudável (BEZERRA et al., 2010).

A saúde ambiental tem o desafio de criar práticas voltadas para os determinantes e condicionantes da saúde as quais procuram construir alternativas na promoção da saúde e prevenção das doenças, avançando na produção-plural de ‘espaços saudáveis’, para assegurar a defesa do ambiente e da saúde (AMORIM; BLANK; GOLVEIA, 2009); e abrange questões como: poluição química, pobreza, equidade, condições psicossociais e os pressupostos do desenvolvimento sustentável (WEIHS; MERTENS, 2013).

A partir da década de 1960 a educação tem sido apontada como possibilidade de minimização ou de solução dos problemas decorrentes da alteração ambiental, visto que a prática social pode gerar movimentos de transformação do ambiente (CARVALHO; TOMAZZELO; OLIVEIRA, 2009). É nesta perspectiva, que a atenção básica à saúde, surge como meio prolífero para o desenvolvimento de ações educativas voltadas para a temática ambiental, sobretudo daquelas capazes de resultar na geração de uma consciência ambiental da comunidade. No tocante à Atenção Primária Ambiental (APA) dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF), esta representa a política de saúde capaz de buscar respostas efetivas, com a intersectorialidade, para a resolução dos problemas de saúde ambiental (SILVA; LORETTO, 2010).

Ao incorporar o meio ambiente em suas atividades, a enfermagem amplia o cuidado tornando-o mais abrangente e integrador, esse espaço passa a ser fundamental para o desenvolvimento de suas práticas a partir da compreensão das relações vitais do complexo ser humano/ambiente para a promoção da saúde das humanidades, da produção de conhecimentos e da adequação das diferentes atividades a partir de estratégias abrangentes que contribuam com a melhora da qualidade de vida dos seres humanos e sustentabilidade de biotas naturais e social (LOPES; XIMENES, 2011).

Diante do exposto, cabe salientar a relevância e a importância do tema para a pesquisa social em saúde, uma vez que a ESF focaliza o indivíduo, a família e a comunidade inseridos em seu contexto socioambiental, buscando cada vez mais a promoção da saúde e a participação comunitária. Nesse sentido, objetiva-se identificar como é trabalhada a relação saúde e ambiente na ESF.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa e foi realizado nos meses de agosto de 2011 a julho de 2012, apresentando como campo para seu desenvolvimento as ESF's do município de Crato-CE.

A escolha desse cenário se dá, principalmente, por ser este espaço um local por excelência onde acontecem as mais importantes ações de educação e promoção à saúde e por reunir os principais profissionais que desempenham papel de fundamental importância nesse processo. Os informantes do estudo foram os enfermeiros das ESF's da zona urbana e rural da cidade supracitada, posto que, compete principalmente a esses profissionais, o exercício da função de estruturação e coordenação das ações de educação e promoção à saúde na comunidade em que estão inseridos.

Os sujeitos da pesquisa foram 18 enfermeiros, com os seguintes critérios de inclusão: possuir vínculo efetivo, ser membro da equipe há pelo menos um ano, e por último, demonstrar interesse em participar voluntariamente da pesquisa. A coleta de dados foi por meio de uma entrevista semiestruturada, utilizando-se um dispositivo de gravação e reprodução das falas.

A análise dos dados aconteceu conforme o Instrumento de Análise do Discurso. O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) consiste em um método capaz de fornecer maior fidelidade às informações obtidas, o que garante uma boa qualidade ao conteúdo, possibilitando enxergar o desenvolvimento e a representação social do “eu coletivo” através do emprego de três ferramentas metodológicas: as Expressões-chave (ECH), a Ideia Central (IC) e a Ancoragem (AC) (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005).

O estudo atendeu aos requisitos das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, presentes na Resolução 466 /12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O referido trabalho trata-se de um recorte do projeto “Ações de Saúde Ambiental na Estratégia Saúde da Família”, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri - URCA e aprovado com parecer N.103/2011.

Resultados e Discussão

A análise e interpretação dos dados proporcionaram os seguintes achados: os entrevistados apresentaram idade entre 27 e 54 anos e de um total de 18, seis foram formados pela Universidade Regional do Cariri. A maioria possui especialização em Estratégia de Saúde da Família (12), com tempo de atuação na ESF entre 1 e 16 anos. Considerando a avaliação sobre a abordagem da saúde ambiental na ESF, foram obtidas três ideias centrais, e são elas: “orientação da população e dos agentes de saúde” (Ideia Central 1), “abordagem do tema apenas em épocas de surtos ou doenças” (Ideia Central 2) e “trabalho em parcerias” (Ideia Central 3). Os discursos são explanados a seguir.

Referente à Ideia Central 1, tem-se o seguinte discurso:

“[...] é feita através de orientações, de educação em saúde, em que é destacada a importância da água e do saneamento básico, destino adequado dos dejetos, da higiene e do lar. Rodas de conversa também são realizadas [...] com a realização da atividade de arrastão da limpeza com a população. Orientações são feitas aos agentes de saúde acerca da importância da vigilância e da saúde ambiental. É preciso trabalhar a educação continuada na comunidade buscando sua conscientização.”

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Este discurso demonstra que os profissionais da ESF buscam trabalhar a relação saúde e ambiente a partir da orientação e educação em saúde, visando alertar a população e agentes de saúde sobre importantes aspectos referentes à saúde ambiental.

Percebe-se que a ESF se mostra como um campo de excelência para o desenvolvimento de ações educativas que busquem a promoção da saúde dos indivíduos, sendo assim, um excelente espaço para o desenvolvimento de ações voltadas a questões ambientais e sua interface com a saúde. Nesse contexto, são imprescindíveis ferramentas de educação em saúde direcionadas à temática ambiental, visando ter um ambiente livre de riscos.

Destaca-se que as concepções de educação em saúde que norteiam as práticas de saúde têm evoluído a partir dos saberes incorporados pelos profissionais, não valorizando o conhecimento popular ou participação de forma ativa dos sujeitos. Assim, duas vertentes sinalizam o conceito de educação em saúde, a saber: o Modelo Hegemônico, que tem como enfoque o controle do processo saúde-doença realizado através da transferência de conhecimento em saúde para a comunidade, cujas mudanças comportamentais são normativas e prescritivas. Diferente deste tem-se o Modelo Dialógico, em que as práticas de saúde buscam uma abordagem mais dialógica e emancipatória (ALVES; NUNES, 2006).

É indispensável inserir os usuários nas práticas de promoção à saúde ambiental, não somente a partir da transferência de conhecimentos, mas pelo empoderamento dos sujeitos através de sua participação ativa. A comunidade precisa compreender que tem um importante papel no controle do meio ambiente, e consequentemente de sua saúde. Empoderar é o processo pelo qual indivíduos, organizações e comunidades alcançam recursos que lhes permitam ter voz, visibilidade, influência e capacidade de ação e decisão (HOROCHOVSKI; MEIRELLES, 2007).

Nesse sentido, o modelo dialógico de educação em saúde proporciona essa autonomia aos indivíduos. Nos seguintes trechos do discurso: “com a realização da atividade de arrastão da limpeza com a população” e “ocorre uma sensibilização da comunidade sobre os cuidados e proteção com o meio ambiente”, pode-se observar o relato dos profissionais da ESF sobre a participação comunitária nas ações de controle ambiental.

Assim, no encontro entre usuário/coletivo e profissional da saúde, além de uma dimensão biológica colocada, estão presentes dimensões sociais e ambientais que extrapolam a centralidade da doença e que precisam ser incluídas no processo de ação de cuidado. Dessa forma, o trabalho da enfermagem, por seu potencial de ação a valores de atenção primária à saúde, é estratégico para possibilitar a aproximação da atenção primária ambiental com a rede básica de saúde (PELEGRINNI; VAZ, 2010). Essas inter-relações são de fundamental importância para construção de alternativas de mudança capazes de garantir vida e saúde para o ambiente e a população (DIAS et al., 2009).

Como segunda ideia central tem-se: “Trabalhamos apenas na época de surtos ou doenças, comumente não trabalhamos o tema” que corresponde ao seguinte discurso:

“O tema saúde ambiental é trabalhado apenas em épocas de surtos e epidemias de doenças que acometem a população e seu controle, como por exemplo, a dengue. Dificilmente é feito o trabalho acerca do tema saúde ambiental fora da época de surtos, pois não dá pra conta de todos os programas do PSF.”

Percebe-se que os sujeitos da pesquisa afirmam que esse tema é esquecido em meio aos programas exigidos mensalmente (Hiperdia, prevenção do câncer do colo uterino, puericultura) sendo trabalhado apenas em épocas de surtos e epidemias. A prática desta ação imediatista e curativista resulta na falta do cuidado holístico, da prevenção e promoção da saúde dos indivíduos.

Nesse sentido, a equipe deve trabalhar a temática não apenas nos surtos, mas de maneira contínua, uma vez não se pode dissociar o homem da natureza, tão pouco desconsiderar a relação que os envolve. A relação entre saúde e ambiente deve ser focalizada de forma mais aprofundada, buscando uma prática interdisciplinar, que possibilite a valorização e a compreensão da verdadeira relação existente entre o ser humano, a saúde e o ambiente (SENA; VAZ, 2010).

O excesso de atribuições do enfermeiro também foi apontado como empecilho para o desenvolvimento das ações educativas, justificada por falta de tempo, excesso de atribuições ou divergência entre as ações educativas e a produtividade. Dessa forma, percebe-se que a atuação dos profissionais na saúde da família se torna fragmentada devido sobrecarga de atividades principalmente para os enfermeiros. Isto corrobora para que os profissionais deixem de realizar atividades educativas e atuem exclusivamente de forma curativa (OLIVEIRA et al., 2013).

É preciso que a educação ambiental seja trabalhada com ações preventivas, através de uma postura humanizada, democrática e dinâmica, no intuito de melhorar a qualidade de vida da população e contribuir na construção da saúde ambiental (PEREIRA; LACERDA; MARQUES, 2010). Sendo assim, as atividades devem ser ações permanentes, planejadas, organizadas e não apenas em épocas sazonais. Em nossa análise as ações que acontecem pontualmente podem não se traduzir em mudança de comportamento ou em ações para um ambiente saudável. Dessa forma é necessário que a ESF acrescente em suas agendas atividades voltadas para educação ambiental.

A terceira ideia central refere-se às “Parcerias” e tem como discurso:

“É feita a tentativa de buscar parcerias com as lideranças locais, com a vigilância do vigi-água e vigi-sus e com o caminhão que coleta de lixo.”

Os sujeitos expressam nesse discurso a necessidade e importância de se buscar parcerias com outros setores sociais. A participação intersetorial no processo de educação em saúde é vista como resultados dos esforços dos enfermeiros, que buscam se articular aos grupos de jovens, escolas, universidades, conselhos, centros de referência de assistência social, além de outros setores (OLIVEIRA et al., 2010).

A atuação da vigilância ambiental em saúde em todos os níveis de governo requer articulação constante com os diferentes atores institucionais públicos, privados e com a comunidade para que as ações integradas sejam implementadas de forma eficiente, a fim de assegurar que os setores assumam suas responsabilidades de atuar sobre os problemas de saúde e ambiente em suas respectivas áreas. (BRASIL, 2004).

Sabe-se que para se obter a melhoria na saúde, é preciso sim parcerias com outros setores e ainda que sejam incluídas políticas condizentes ao crescimento econômico sustentável, como uma distribuição de recursos, intervenções que melhorem as condições da população, como o acesso aos serviços de saúde, ambientes saudáveis (habitações seguras, higiênicas e dignas), acesso mais adequado à água e saneamento, além de oportunidades educativas (AZEREDO, 2007).

O desafio está na consolidação da intervenção sobre os fatores determinantes da saúde no espaço construído como a biologia humana, o meio ambiente e estilos de vida. A ESF é facilitadora de ações intersetoriais, apesar das dificuldades e desafios a serem conquistados, mas torna-se essencial para construir novos saberes, para o estabelecimento de uma nova visão frente aos problemas e ações de promoção de saúde (TRIGUEIRO et al., 2009).

Conclusão

Percebe-se que os profissionais da ESF ainda não estão voltados para uma abordagem que trabalhe a relação saúde e ambiente em sua prática profissional, a partir da orientação e educação em saúde, baseadas em saberes técnicos científicos.

Há um déficit na participação comunitária, os problemas de saúde relacionados aos determinantes do processo saúde-doença ainda não estão sendo abordados de maneira a alcançar a adesão da comunidade na busca de um meio ambiente sustentável. O desafio está em superar a falta de empoderamento da população e a prática da ação pautada no modelo biologista baseado na cura, em detrimento da prática de prevenção e promoção da saúde dos indivíduos.

Além disso, constata-se que as atividades relacionadas à temática acontecem apenas em época de surtos e doenças, reforçando a ênfase dada ao modelo biomédico. É importante salientar ainda a necessidade de parcerias para a criação de ambientes saudáveis, além de políticas efetivas voltadas para a temática ambiental.

Sugere-se que a abordagem ambiental seja inserida de forma mais efetiva na ESF, a partir de atividades educativas que visem alcançar à participação dos usuários e resolutividade nas ações de promoção da saúde. Enfatiza-se a relevância da utilização do modelo dialógico em que o saber não é apenas lançado e sim construído, valorizando diferentes saberes e inserindo a comunidade de forma ativa, para que assim seja alcançada a mudança de comportamento a fim de garantir a manutenção dos ecossistemas saudáveis.

Referências

ALVES, V. S.; NUNES, M. O. Health education in connection with medical attention to hypertensive patients in the family health program. Interface Comum. Saúde Educ., v.10, n.19, p.131-47, 2006.

AMORIM, L.; KUHN, M.; BLANK, V. L. G.; GOUVEIA, N. Saúde ambiental nas cidades. In: Caderno de Texto: Iª Conferência Nacional de Saúde Ambiental. Grupo de Trabalho Saúde e Ambiente da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, ABRASCO, 2009.124p.

AZEREDO, C. M.; COTTA, R. M. M.; SCHOTT, M.; MAIA, T. M.; MARQUES, E. S. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. Cien. Saúde Colet., v.12, n.3, p.743-53, 2007.

BESERRA, E. P. et al . Educação ambiental e enfermagem: uma integração necessária. Rev. bras. enferm., v. 63, n. 5, Out., 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância Ambiental em Saúde. Textos de Epidemiologia. Brasília: Ministério da Saúde (MS), 2004.

CARVALHO, L. M.; TOMAZELLO, M. G. C.; OLIVEIRA, H. T. Pesquisa em educação ambiental: panorama da produção brasileira e alguns de seus dilemas. Cad. CEDES, v. 29, n.77, p.13-27, 2009.

DIAS, E. C.; RIGOTTO, R. M.; AUGUSTO, L. G. S.; CANCIO, J.; HOEFEL, M. G. L. Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. Cien. Saúde Colet., v.14, n.6, p.2061-70, 2009.

HOROCHOVSKI, R. R.; MEIRELLES, G. Problematizando o Conceito de Empoderamento. In: Anais do II Seminário Nacional Movimentos Sociais, Participação e Democracia, Florianópolis: Editora UFSC, p. 485-506, 2007.

LEFEVRE, F. LEFEVRE, A. M. C. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. 2 ed. Caxias do Sul: EducS, 2005.

LOPES, M. S. V.; XIMENES, L. B. Enfermagem e saúde ambiental: possibilidades de atuação para a promoção da saúde. Rev. Bras. Enferm., v.64, n.1, p.72-7, 2011.

OLIVEIRA, M. B.; CAVALCANTE, E. G. R.; OLIVEIRA, D. R.; LEITE, C. E. A.; MACHADO, M. F. A. S. Educação em Saúde como Prática de Enfermeiros na Estratégia Saúde da Família. Rev. RENE, v.14, n.5, p. 894-903, 2013.

PELEGRIINI, A. H. W.; CEZAR-VAZ, M. R. Atenção primária ambiental no trabalho das enfermeiras da rede básica de saúde – um estudo de corte transversal. Online braz. j. nurs. (Online) v.9, n.1, 2010.

PEREIRA, B. S.; LACERDA, G. C.; MARQUES, M. S. A promoção da saúde ambiental no contexto do Programa de Saúde da Família. Rev. Eletron. FAINOR, v.3, n.1, p.2-11, 2010.

SENA, J.; CEZAR-VAZ, M. R. A relação saúde/ambiente nos processos de formação do profissional enfermeiro: um ensaio teórico. Rev. Eletrônica do Mestrado em Educação Ambiental, v.24, n.1, p.265-73, 2010.

SILVA, V. A.; LORETO, M. D. S. Atenção primária ambiental e saúde da família: a necessidade da intersetorialidade. Serv. Social Realid., v. 19, n.1, p.91-124, 2010.

TRIGUEIRO, J. V. S.; SILVA, A. C. O.; GOIS, G. A. S.; ALMEIDA, A. S.; NOGUEIRA J. Á.; SÁ, L. D. Percepção de Enfermeiros sobre Educação em Saúde no Controle da Tuberculose. Cien. Cuid. Saúde, v.8, n.4, p.660-6, 2009.

WEIHS, M.; MERTENS, F. Os desafios da geração do conhecimento em saúde ambiental: uma perspectiva ecossistêmica. Cien. Saude Colet., v. 18, n.5, p.1501-10, 2013.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Programa de Iniciação Científica da Universidade Regional do Cariri CNPq/PIBIC-URCA.

Programa de Pós-Graduação de Mestrado Acadêmico em Enfermagem (PMAE) da URCA.

Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP).

Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (GRUPESC).

Grupo de Pesquisa Enfermagem, Saúde e Sociedade (GRUPESS).

Grupo de Pesquisa em Avaliação do Sistema Único de Saúde (GPTSUS).

Saúde de gestantes que fazem uso de crack como pauta em produções acadêmicas: uma análise interseccional

Fernanda dos Santos de Macedo (apresentadora) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul; fernandamacedo.fsm@gmail.com

Paula Sandrine Machado (Orientadora) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul;

Palavras-chave: Psicologia Social. Gênero. Saúde. Gestantes. Crack..

Resumo

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Atualmente, no país, inúmeras práticas e políticas têm sido implementadas em relação às gestantes que fazem uso de crack. Partindo do pressuposto de que discursos produzidos na esfera acadêmica não só descrevem, mas também influenciam/produzem ações na atenção à saúde, torna-se imprescindível atentar para o que está sendo descrito e quais pressupostos estão embasando suas conclusões. Nesse trabalho, pretende-se discutir sobre produções acadêmicas provindas da área da saúde que abordem o uso de crack por gestantes. Visa-se observar como essas mulheres estão sendo descritas nos artigos, assim como compreender o modo como os discursos científicos constroem os próprios argumentos que utilizam. Ainda, busca-se apreender quais interseccionalidades são acionadas em tais estudos. Portanto, utilizou-se uma revisão bibliográfica em dois portais de periódicos. O referencial teórico utilizado é o dos estudos feministas pós-estruturalistas. É importante destacar que conceito de "interseccionalidades" entre diferentes marcadores sociais atua como operador central de análise. As produções acadêmicas analisadas apontam o uso de crack por gestantes como um problema de saúde pública, sem discutir sobre as dimensões sociais implicadas na vida dessas mulheres. A dependência química é um dos argumentos centrais utilizados pelas produções para explicar tanto o uso de crack quanto os comportamentos das pessoas que fazem uso. Assim, evidencia-se o viés médico-centrado conferido às produções. Ainda, a partir da análise interseccional percebe-se duas categorias que, articuladas, constituem a base das argumentações dos artigos, como uma espécie de "pano de fundo" para o uso de drogas por gestantes: o baixo nível socioeconômico e a baixa escolaridade.

Introdução

Na atual conjuntura o uso de crack é um fenômeno amplamente discutido em/por diversas esferas sociais, apesar de seu uso no Brasil datar do final dos anos 80 (OLIVEIRA; NAPPO, 2008). Tal visibilidade conferida ao uso de crack atrela-se também aos veículos midiáticos que, por sua vez, propagaram a construção e reforçam a dita "epidemia" de crack (BARROSO, 2013; MERLOTTO, 2009, ROMANINI & ROSO, 2012; SILVA, 2000). Em resposta à eclosão da "epidemia de crack", o poder público foi impelido a agir, sendo assim, lançou o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (BRASIL, 2010), o Programa Crack, é Possível Vencer, iniciado em 2011. Contudo, na ânsia por soluções, muitas ações que propõem tratamento às pessoas que fazem uso de crack ocultam outros interesses.

Encontra-se, atualmente, no Brasil um cenário em que se elaboraram programas e ações para atenção a usuários de crack baseados na internação em hospitais ou comunidades terapêuticas, por exemplo, a Resolução nº 62/2009 (RIO GRANDE DO SUL, 2009) e o Programa Recomeço (SÃO PAULO, 2013). Tais medidas contribuem para acirrar a tensão política, econômica e social que engloba a atenção a pessoas que fazem uso de crack no país. Principalmente, pois, ao serem utilizadas como estratégias (em massa) higienistas e excludentes, se constituem em oposição aos avanços na saúde conquistados pelo movimento da Reforma Psiquiátrica (2001).

Apesar do perfil predominante dos usuários de crack até início da década de 1990 ter sido caracterizado como homem e jovem (OLIVEIRA; NAPPO, 2008; DUAILIBI, RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008), as mulheres tornam-se cada vez mais "objetos" de estudo e intervenção nesse âmbito. Destarte, abre-se um campo de discussão necessário visto as inúmeras ações voltadas às mulheres que fazem uso de crack, como aumento de medidas de internação compulsória, e a promoção de anticoncepção de efeito prolongado.

Tendo em vista o campo de tensão político que engloba a atenção a pessoas que fazem uso de crack, bem como, as ausências de debates que considerem a perspectiva de gênero no cuidado a essas pessoas, buscamos desenvolver um trabalho que auxilie a tornar visíveis as marcas de gênero, raça, classe das experiências das mulheres que fazem uso de drogas. Desse modo, traçamos como pressuposto teórico central em nossas análises os estudos feministas pós-estruturalistas. Contudo, visando aclarar sobre as diferenças que acarretam às mulheres experiências completamente díspares empregar-se-á o enfoque das interseccionalidades.

Segundo Pelúcio (2011, p.79) "essa vertente teórica surge como uma crítica à miopia do feminismo vigente". Isto é, lança-se um olhar para os marcadores de diferenças que situam as mulheres em circunstâncias desiguais. Ou seja, as mulheres estão sujeitas a discriminação de gênero, mas igualmente a outros fatores como classe, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual que fazem diferença na forma que cada grupo vivencia a discriminação. Logo, a análise interseccional é uma forma de capturar as conseqüências da interação entre duas ou mais formas de subordinação (CRENSHAW, 2002). No âmbito dos estudos sobre drogas percebe-se que a perspectiva interseccional é pouco explorada. Entretanto, empregá-la estabelecerá um olhar mais acurado frente à complexidade imbricada nessas situações. Assim, pode-se evitar a essencialização dos usos de drogas em termos dicotômicos e excludentes - usos considerados femininos e usos considerados masculinos, sem contemplar as diversidades e desigualdades inter e intragênero (RODRIGO; ORDAZ, 2012).

O uso de crack já se consolidou como pauta tanto nos meios de comunicação de massa quanto nas conversas cotidianas e, mais recentemente, tem crescido exponencialmente como tema de artigos científicos, dentre outras produções acadêmicas. Analisar o quê e como os usuários de crack, nesse trabalho especificamente gestantes, estão sendo abordados em produções no âmbito da saúde, fornece indícios sobre o modo como a questão está sendo tratada no Brasil, e ainda, como está ocorrendo a atenção a essas pessoas. Apesar de grande parte dos textos científicos oriundos do campo da saúde não discutirem sobre as implicações políticas concernentes ao tema ou mesmo a seus resultados, eles possuem grande valor de legitimidade e, por conseguinte, contribuem para a produção de 'verdades'. Portanto, um olhar acurado sobre tais produções indicam certas estratégias para se pensar e lidar com a questão das drogas na saúde.

Sendo assim, o presente trabalho propõe-se a analisar produções acadêmicas provindas de áreas da saúde que discorram sobre o uso de crack por gestantes. Delimita-se como objetivo observar como essas mulheres estão sendo descritas por esses discursos produzidos no campo da saúde. Assim como, compreender o modo como os discursos constroem os argumentos que utilizam. Também, apreender quais interseccionalidades são acionadas em tais estudos, problematizando como os marcadores de diferença repercutem na experiência de uso de drogas.

Metodologia

Visando cumprir com os objetivos traçados desenvolveu-se uma revisão bibliográfica. Essa configura-se como uma pesquisa em fontes documentais ou bibliográficas daquilo que já fora desenvolvido de modo semelhante ou complementar a estudo pretendida (MARCONI; LAKATOS, 2003). O escopo da presente revisão bibliográfica baseou-se em uma pesquisa às bases de dados referência para periódicos da área da saúde, sendo elas: Portal de Pesquisa da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Portal da CAPES. Foram utilizados os descritores gestantes e crack para cruzamento nos portais de pesquisa. Excluindo os artigos que se repetiam, ou aqueles cujo foco de análise não era o uso de drogas por gestantes somaram-se seis documentos, entre artigos, dissertações e monografia de residência médica. Priorizaram-se trabalhos desenvolvidos no âmbito nacional, visto que se pretende dar ênfase aos engendramentos em relação às mulheres que fazem uso de crack no contexto brasileiro. A interpretação e análise dos dados

fundamentaram-se nos estudos feministas pós-estruturalistas, sendo que o conceito de "interseccionalidades" atua como operador central de análise.

Resultados e Discussão

As produções analisadas para o presente trabalho iniciam expondo dados para demonstrar o aumento do uso de crack, principalmente, o aumento do uso entre as mulheres. Dessa forma, o uso de crack é taxativamente posto como um problema de saúde pública. Para corroborar tal posição, discorrem sobre implicações do uso de crack, inicialmente sobre o reflexo na sociedade, isto é, "o impacto econômico do abuso de crack"^{A4 2}. Em seguida, se valem de "evidências científicas" para compilar estudos e apontar os inúmeros malefícios que o uso de crack acarreta durante a gestação, parto e puerpério e suas consequências para a saúde da mulher e da criança.

Alguns dos documentos descrevem detalhadamente os efeitos do uso de crack e/ou cocaína no organismo. Após apresentarem diversas consequências e as complicações obstétricas, fetais e neonatais todos indicam a falta de dados precisos e inexistência de consenso a respeito da relação entre o consumo de crack e impactos para a mulher e o feto. Esses efeitos fisiológicos e até mesmo comportamentos como violência, roubo, prostituição estão calcados num dos argumentos centrais das produções que é a dependência química. Nos discursos analisados o alto potencial de dependência de crack é pressuposto sem contestação. O que se percebe é o uso de crack sendo considerado como doença. A maioria dos estudos analisados são epidemiológicos, ou seja, estão preocupados em reconhecer e traçar um perfil de usuário, caracterizar o adoecimento, sua distribuição na população. Portanto, essa abordagem pode acentuar a ideia de uso de crack como doença e a preocupação de caracterizar mais os indivíduos acometidos do que as condições sociais de produção do adoecimento.

Recorrentemente os documentos marcam o uso de crack por mulheres no estilo de vida "caótico"^{A4}. Por conseguinte, apresentam uma série de comportamentos de risco, principalmente a prostituição e altas taxas de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). A lupa que tais estudos se valem para enxergar tal situação evidencia uma compreensão baseada no indivíduo que desconsidera a produção social intrínseca. Dessa forma, sugere-se responsabilidade individual no adoecimento e suas consequências, distanciando-se da abordagem em saúde que considera a relevância dos determinantes e condicionantes sociais e econômicos.

Ainda, os documentos acionam duas categorias que estão sendo consideradas marcadores de diferença no que diz respeito ao uso de drogas por gestantes: o baixo nível socioeconômico e a baixa escolaridade. Segundo um dos estudos "as gestantes que tinham menos de 4 anos de estudo tinham 9,41 vezes mais chances de usar drogas de abuso quando comparadas às mulheres que tinham mais de 11 anos de estudo"^{A6}. Juntamente são apresentados dados de desemprego entre as usuárias. Percebe-se que nesses discursos prioriza-se traçar um perfil quase de "predisposição" ao uso do que questionar os problemas estruturais que subjazem o incentivo e acesso à escola, as oportunidades de emprego no país. Baseando-se em Piscitelli (2008) pode-se considerar que a escolaridade é um aspeto que interfere na inserção social das mulheres migrantes. Ao passo que, as usuárias de crack se encontram, geralmente, a margem da sociedade, pode-se pensar que a inserção social para mulheres usuárias de crack com baixa escolaridade também é um desafio que encontra na sociedade um preconceito interseccional.

O marcador de classe foi evidenciado com frequência nos estudos analisados, os quais relacionam o uso de crack a "populações de baixa renda"^{A4}: "Atualmente o crack acabou se difundindo entre jovens vulneráveis pelo seu baixo custo e rápido efeito."^{D3} Essa categoria se mostra um marcador de diferença quando percebido que baseados nesses dados se justificam associações com criminalidade, violência, prostituição para obtenção da droga e/ou dinheiro, conforme referido no seguinte artigo: "falta de condições financeiras para suprir sua demanda podem colocar a usuária em situação de fragilidade, em que se submete a estratégias arriscadas para a obtenção da droga, como tráfico de drogas, sexo sem proteção e situações de violência."^{D3}

Brah e Phoenix (2004) referem que a classe social produz o direito ou a falta de direito a existir e as decisões da política social afetam esse fato. A classe social, conforme explicitada, somada a outros fatores como baixo nível de escolaridade, dificuldade no acesso à saúde, associação com DSTs, prostituição, roubo, integra o perfil de usuária descrito pelos estudos. Isso diferencia a experiência dessas mulheres de outras, portanto não podemos falar apenas sobre o uso de drogas por mulheres, mas sim olhar desde uma perspectiva interseccional. As consequências do uso estão mais atreladas ao contexto e ambiente de uso do que à substância em si (MURPHY; ROSENBAUM, 1997). Portanto, considera-se que as mulheres descritas pelos discursos analisados, encontram-se, como referem Brah e Phoenix (2004), marginalizadas, tratadas como um "problema", ou construídas como ponto focal de um pânico moral.

Em muitos trabalhos científicos as diferenças são tomadas como dadas, sem que sejam abordados e questionados os processos sociais que criam e suas consequências políticas (PELÚCIO, 2011). As produções analisadas indicam que pessoas que fazem uso de crack "não reconhecem o problema"^{A2}, e não aderem ao tratamento. Consideram a gestação como uma "janela de oportunidade"^{A1} na abordagem das gestantes usuárias de drogas. Não soa estranho que, se consideram o uso uma doença, o tratamento seja a solução. Tendo em vista o viés médico-centrado dos documentos o tratamento indicado para usuárias de crack é a internação, destacando-se a importância da desintoxicação. Apesar de em determinados estudos ser considerado o cuidado na rede de atenção à saúde mental, não incorporam as questões pertinentes ao âmbito psicossocial.

Assim como os textos acadêmicos se apropriam dos fenômenos sociais, o contrário é verdadeiro. As produções científicas se inserem no tecido social respaldando práticas e políticas. A ratificação elaborada nos estudos das medidas de internação nos casos de uso de crack aliado ao perfil de usuária produzido através de vários marcadores fornece indícios para pensar que tais ações podem estar sendo empregadas como estratégia biopolítica (FOUCAULT, 1999). Essa análise é crucial para lançarmos um olhar frente às práticas que têm sido implementadas em nosso país. Bem como, buscar entender como passam despercebidas tantas violações de direitos, principalmente, frente os grupos descritos nesses estudos.

Conclusão

Evidencia-se nos estudos analisados a lógica médica conferida ao uso de crack. Consideram a dependência química como pressuposto para determinados comportamentos e focam nos efeitos do crack, desconsiderando as significações para as pessoas não só do uso, mas do contexto atrelado. Se olharmos do ponto de vista do conceito ampliado de saúde, é preciso avançar nos estudos, trazendo aspectos antropológicos e sociais, não somente da abordagem médica.

Percebeu-se também que, apesar dos documentos não discutirem de modo mais aprofundado sobre as dimensões sociais implicadas no uso, eles acionam certos marcadores de diferença que repercutem na experiência de uso de drogas de mulheres. No entanto, como apenas um estudo se dedicou a entrevistar as mulheres, ficam omissas informações sobre as experiências dessas mulheres

² As siglas com uma letra e número que acompanham as citações correspondem à fonte da qual foram extraídas. As siglas estão especificadas no final da referência que correspondem.

no plano do micro, o que acarretaria uma discussão mais rica sobre o que consideram diferenças em suas vivências e como se articulam. Contudo, analisar os marcadores pelo viés das produções acadêmicas, é de extrema valia, pois podem reforçar a produção de sujeitos, de usuárias de drogas.

A perspectiva de gênero e o enfoque interseccional podem contribuir para a integralidade, multidimensionalidade e colaboração entre áreas e profissionais, bem como para intervenções específicas que a complexidade da questão do uso de drogas exige (RODRIGO; ORDAZ, 2012). Considerar essas perspectivas permite tornar visíveis diversas situações de opressão encobertas. Além de visibilizar os operadores de diferenças, é importante que as práticas, por exemplo no âmbito da saúde, caminhem no sentido de transformar as relações de poder que oprimem determinados grupos.

Referências

- BOTELHO, A. P. M. B.; ROCHA, R. da C. R.; MELO, V. H. M. .Uso e dependência de cocaína/crack na gestação, parto e puerpério. Revista Femina; 41(1), jan-fev. 2013 (A1)
- BRAH, A.; PHOENIX, A. Ain't I A Woman? Revisiting Intersectionality. Journal of International Women's Studies, 5(3), 75-86, 2004.
- BRASIL. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010.
- Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm>. Acesso em 06 out. 2013.
- COSTA, G. de M. et al . Pregnant crack addicts in a psychiatric unit. J. bras. psiquiatr., Rio de Janeiro , v. 61, n. 1, 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852012000100003&lng=en&nrm=iso>. access on 06 July 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852012000100003>. (A4)
- CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero, Estudos feministas 1, pp.171-189, 2002.
- DUALIBI, L. B., RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil. Saúde Pública, 24 (4), 545-557, 2008.
- FOUCAULT, M. Em defesa da sociedade: Curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- KASSADA, D. S. et al . Prevalência do uso de drogas de abuso por gestantes. Acta paul. enferm., São Paulo , v. 26, n. 5, 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000500010&lng=en&nrm=iso>. access on 06 July 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000500010>. (A6)
- KUYAVA, A. C. L. S. O cotidiano de gestantes usuárias de crack. Dissertação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Porto Alegre, 2013. (D3)
- MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. Fundamentos de metodologia científica. - 5. ed. São Paulo: Atlas 2003.
- MARQUES, A. C. P. R.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. R., ANDRADA, N. C. de. Abuso e dependência: crack. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo , v. 58, n. 2, Apr. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000200008&lng=en&nrm=iso>. access on 06 July 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302012000200008>. (A2)
- MELLO, E. P. Repercussão neonatal do consumo de crack durante a gestação. Trabalho de Conclusão de Curso em Residência Médica do Hospital do Servidor Público Municipal São Paulo; s.n; 2011. 38 p. graf. (R5)
- MURPHY, S. B.; ROSENBAUM, M. Two Women Who Used Cocaine Too Much: Class, Race, Gender, Crack and Coke. In: CRAIG, R., LEVINE, H. Crack in America: demon drugs and social justice. London: University of California Press, p.98-112, 1997.
- OLIVEIRA, L. G. de.; NAPPO, S. A. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. Rev Saúde Pública 2008;42(4):664-71.
- PISCITELLI, A. Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileira. Sociedade e Cultura, v.11, n.2, jul/dez. p. 263 a 274, 2008.
- PELÚCIO, Larissa. Marcadores sociais da diferença nas experiências travestis de enfrentamento à aids. Saude soc.[online]. vol.20, n.1, pp. 76-85, 2011.
- RIO GRANDE DO SUL. Resolução nº 62/2009, de 5 de maio de 2009. Comissão Intergestores Bipartite/RS. Disponível em: <<http://www1.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=organograma&cod=45618>>. Acesso em: 21 jul. 2014.
- RODRIGO, M. L. J.; ORDAZ, R. G. Género y usos de drogas: dimensiones de análisis e intersección con otros ejes de desigualdad. Oñati Socio-legal Series[online], 2 (6), 77-96, 2012.
- SÃO PAULO. Decreto nº 59.684, de 30 de outubro de 2013. Dá nova redação e acrescenta dispositivo ao Decreto nº 59.164, de 9 de maio de 2013, que institui o Programa Estadual de Enfrentamento ao Crack, denominado Programa Recomeço, e dá providências correlatas. Diário Oficial Poder Executivo, SP, 31 out. 2013. Seção 1, p. 4.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM VÍRUS DO PAPILOMA HUMANO (HPV)

GLÓRIA MARIA ALMEIDA OLIVEIRA¹, MARLI TERESINHA GIMENIZ GALVÃO² C

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC) - CURSO ENFERMAGEM – BOLSISTA DE EXTENSÃO (GLORIAEJO@HOTMAIL.COM)

2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – PROFESSORA ASSOCIADA DO DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM DA UFC

PALAVRAS-CHAVE: ENFERMAGEM. DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS.

Resumo

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) são, em geral, transmitidas pela pessoa infectada aos seus parceiros. As diretrizes das políticas para as DST devem priorizar o diagnóstico e o tratamento precoces, incluindo a avaliação dos parceiros sexuais, o atendimento imediato destes, pois provocam ações curativas, além de proporcionar medidas preventivas e evitar o surgimento de outras complicações. Para propiciar o diagnóstico precoce e tratamento imediato, propõe-se o uso de abordagem sindrômica, que se baseia em fluxogramas de conduta. Tem-se como objetivo relatar a sistematização da assistência de enfermagem prestada ao paciente com queixa de corrimento uretral. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência. Os resultados obtidos demonstraram que as intervenções de enfermagem implementadas contribuíram positivamente para a melhoria das condições do paciente, evidenciado pela diminuição da ansiedade e pelo tratamento do corrimento uretral, bem como pela melhor compreensão do paciente em relação ao seu estado de saúde, fatores que propiciaram o envolvimento dele no autocuidado. Ao final dessa experiência percebe-se que os pacientes que buscam o serviço de saúde com queixas de sintomas sugestivos de DST requerem um cuidado de enfermagem específicos e sistematizados.

Introdução

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são, em geral, transmitidas pela pessoa infectada aos seus parceiros, em relações sexuais desprotegidas, principalmente quando ocorre a penetração. Também podem ser transmitidas pela pessoa infectada para o bebê, durante a gravidez ou durante o parto, por transfusão de sangue contaminado ou compartilhamento de seringas e agulhas contaminadas. As principais IST são: Aids, sífilis, gonorréia, tricomoníase, herpes, hepatite B, cancro mole e condiloma (RODRIGUES et al., 2011).

O herpes genital é uma infecção viral transmitida sexualmente que afeta a pele ou as membranas das mucosas genitais. O herpes é comumente transmitido pelo contato com a pele de uma pessoa infectada que tem lesões visíveis, bolhas ou erupções (uma crise ativa), mas também pode contrair pelo contato com a pele de uma pessoa infectada quando não há lesões visíveis (e a pessoa pode nem saber que está infectada) ou pelo contato dos fluidos da boca (saliva). O herpes genital é causado por dois vírus:

1. Vírus do herpes simples tipo 1 (HSV1)
2. Vírus do herpes simples tipo 2 (HSV2)

O HSV1 causa infecções de herpes na boca e nos lábios (comumente chamadas de aftas ou herpes de boca) e pode se espalhar da boca aos genitais durante o sexo oral.

O HSV2 origina a maioria dos casos de herpes genital e pode se espalhar através de secreções da boca ou dos genitais.

O herpes genital não pode ser curado. No entanto os medicamentos antivirais podem aliviar a dor e o desconforto durante uma crise, curando as lesões com maior rapidez. Essas drogas ajudam mais durante as primeiras crises do que nas seguintes. Os principais medicamentos usados para tratar o herpes são: Aciclovir, Famciclovir e Valaciclovir.

A melhor forma de prevenção é usando o preservativo de forma correta.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência. O estudo foi realizado em uma Unidade de Referência localizado na cidade de Fortaleza-CE. Os dados foram coletados em novembro de 2014, durante estágio curricular, no qual alunos de graduação acompanhavam as consultas de enfermagem. Foi utilizado um instrumento com perguntas abertas e fechadas, objetivando levantar dados relevantes para a sistematização da assistência da paciente. Além de informações contidas no prontuário da paciente.

A operacionalização da coleta de dados seguiu os seguintes passos: realização do levantamento de dados através da entrevista; planejamento das ações de enfermagem, execução e avaliação das ações. A fase posterior da pesquisa envolveu análise das informações coletadas

Para se chegar aos diagnósticos, foram utilizadas, como base, as características definidoras e os fatores de risco determinados pela taxonomia NANDA. Este processo culminou nas propostas das intervenções de Enfermagem e em seguida uma implementação, observando a aceitação e adesão do paciente às recomendações. Os aspectos éticos e legais foram respeitados.

Resultados e Discussão

Histórico de Enfermagem

F.D.A. S, sexo feminino, 14 anos, solteira, ensino fundamental incompleto, reside em Fortaleza. Compareceu ao serviço de saúde acompanhada da mãe, demonstrando-se bastante ansiosa. “A anamnese, paciente queixou-se de “dor ao urinar” e “ bolhas com prurido na região vaginal”. Afirmar ter relações sexuais apenas com preservativo. Relata que os sintomas surgiram há cerca de uma semana, após um relacionamento que tem atualmente (menos de um mês) e não utilizou preservativo na última relação sexual. Em virtude do incômodo, paciente resolveu buscar o serviço de saúde. Relata não ser usuário de drogas ilícitas e não fuma. Afirmar não realizar nenhum tipo de atividade física. Nega tratamento anterior para IST Ao exame físico, foi observado bolhas abundantes e infectadas.

Diagnósticos de Enfermagem

Os diagnósticos de enfermagem, segundo NANDA (2012/2014), foram:

1. Ansiedade relacionada à ameaça ao estado de saúde, evidenciado por agitação e nervosismo.
2. Risco de infecção relacionado a conhecimento insuficiente para evitar exposição a patógenos.
3. Eliminação urinária prejudicada relacionada a múltiplas causas evidenciado por disúria.
4. Maternidade prejudicada relacionada a habilidades de comunicação evidenciado por fuga.

Intervenções de Enfermagem

Com base nos problemas e diagnósticos de enfermagem, levantados após a primeira avaliação, foram propostas as seguintes intervenções de enfermagem: utilizar abordagem calma e segura; oferecer informações reais sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico; explicar como usar o preservativo e ressaltar a sua importância em todas as relações sexuais; ofertar preservativo; propiciar momentos de escuta para que possa exteriorizar suas preocupações; encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos; informar que a pessoa a qual ele teve relação também deverá comparecer ao serviço de saúde; oferecer a realização de testes rápidos para anti-HIV, sífilis e hepatite B e C; realizar aconselhamento pré e pós teste rápido.

As intervenções de enfermagem propostas foram implementadas pela enfermeira. O resultado dos testes rápidos foi não reagente. Entretanto, foi solicitado a repetição do exame após 60 dias, em virtude do tempo da janela imunológica.

Paciente afirmou ter compreendido todas as informações que foram repassadas, declarando inclusive que após a consulta iria aderir ao uso do preservativo nas relações sexuais.

Baseado no fluxograma de abordagem sindrômica para herpes genital do Ministério da Saúde(2006), o tratamento indicado para o paciente foi: Aciclovir 400mg, VO, 8/8 horas por 7 dias, sendo agendado retorno após 60 dias para verificar a existência das bolhas e refazer os e os testes rápido.

A enfermagem tem papel fundamental no controle das DST/aids, seja desenvolvendo atividades de promoção e prevenção das mesmas intervindo individualmente, na família ou na comunidade, ou detectando fatores e situações de risco, promovendo educação em saúde, contribuindo para o diagnóstico precoce, adesão e tratamento efetivo do paciente e seu parceiro sexual. Além disso, se responsabiliza

para o acolhimento do paciente, seja prestando cuidado ou coordenando outros setores para a prestação da assistência (REIS; GIR, 2002)

Conclusão

Ao final dessa experiência percebe-se que os pacientes que buscam o serviço de saúde com queixas de sintomas sugestivos de IST requerem um cuidado de enfermagem específicos e sistematizados.

Compete ao enfermeiro promover um atendimento holístico, com escuta ativa e livre de qualquer tipo de estigma ou preconceito. Para a abordagem ao paciente, deve-se ressaltar a importância da comunicação entre equipe multiprofissional, cabendo a cada um dos seus membros trabalhar as especificidades relacionadas à sua formação, porém atendendo o paciente de forma integral.

Referências

BRASIL. Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis. 4 ed. Brasília: UNESCO. 2006

RODRIGUES L.M.C. et al. Abordagem às doenças sexualmente transmissíveis em unidades básicas de saúde da família. Cogitare Enferm., v16, n.1, p.63-69, 2011

Agradecimentos

AGRADEÇO AOS PROFESSORES QUE COM EMPENHO NOS ENSINAM E A UNIVERSIDADE QUE NOS ACOLHE DE FORMA SATISFATÓRIA PARA O NOSSO APRENDIZADO.

Sistematização da Assistência de Enfermagem: Cuidados de Enfermagem a uma adolescente hospitalizada por Pneumonia

Laryssa Miranda Vidal Cavalcante Farias (IC) – Universidade Federal do Ceará, laryvidal@yahoo.com.br

Suellen Viana Lucena (IC) – Universidade Federal do Ceará

Dalila Érica Nobre Cavalcante (IC) – Universidade Federal do Ceará

Francisca Risoleta Pinheiro (IC) – Universidade Federal do Ceará

Kelyne Benevides Rios França (IC) – Universidade Federal do Ceará

Francisca Elisângela Teixeira Lima (PQ) – Universidade Federal do Ceará

Palavras-chave: Processo de Enfermagem. Adolescente. Hospital.

Resumo

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Introdução: Pneumonia é um processo inflamatório no parênquima pulmonar ocasionada por infecciosos ou por reações alérgicas (WONG, 2011). A pneumonia é a principal causa de mortalidade infantil em todo o mundo, mas pode acometer ao homem em qualquer faixa etária (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). **Objetivo:** Descrever a Sistematização da Assistência de Enfermagem realizada com uma adolescente hospitalizada com Pneumonia. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo estudo de caso. Realizado em um hospital de referência na assistência a crianças e adolescentes em Fortaleza, realizado durante em 2013. Foi realizada uma breve entrevista e o exame físico para a obtenção dos dados. Todos os preceitos da Resolução CONEP 466/12 foram respeitados. **Resultados:** Histórico Clínico: A.C.F.M. 1ºD.I.H., sexo feminino, 16 anos. Queixas: falta de ar, cansaço, tosse seca, febre e cefaleia. Possui como diagnóstico: Pneumonia. Na escala de análise de dor (0 a 10) deu como nota 8 o que caracteriza como dor moderada presente na região torácica. O suporte nutricional por meio da dieta via oral. Diurese diária em pequenas quantidades. Eliminações intestinais ausentes há 2 dias. Sinais vitais: Temperatura= 36,9°C; FR= 38 mrpm; FC= 104 bpm. Diagnósticos de Enfermagem: Risco de Constipação, Dor aguda, Fadiga e Desobstrução ineficaz das vias aéreas. **Conclusão:** O exame físico realizado foi essencial para avaliar possíveis alterações decorrentes da Pneumonia. Com o uso da SAE é possível evitar as complicações decorrentes da patologia ao paciente e fazer com o mesmo recupere o seu bem-estar.

Introdução

Pneumonia trata-se de um processo inflamatório no parênquima pulmonar, é comum na infância, mas também acometer adolescentes, adultos e idosos. Pode ser desencadeada por agentes infecciosos (bactérias, vírus, fungos) ou por reações alérgicas (WONG, 2011). Dentre os microorganismos mais comuns estão *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* tipo b, vírus sincicial respiratório, *Pneumocystis jirovecii*. A pneumonia é a principal causa de morte de crianças em todo o mundo. Pneumonia mata cerca de 1,2 milhões de crianças menores de cinco anos a cada ano mais do que a AIDS, malária e tuberculose juntas. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Os tipos de Pneumonia podem ser: Pneumonia lobar, Broncopneumonia ou Pneumonia lobular, Pneumonia intersticial. Os sinais gerais da patologia são: febre geralmente alta, tosse que pode ser não produtiva ou produtiva de escarro esbranquiçado, dor torácica, taquipnéia, presença de ruídos adventícios respiratórios como crepitações, estertores, hipotimpânico a percussão, batimento da asa do nariz, irritabilidade, mal-estar, inapetência, vômitos, diarreia, dor abdominal (WONG, 2011).

Os fatores de risco da patologia são mudanças bruscas da temperatura, desnutrição, comprometimento imunológico, tabagismo, poluentes ambientais. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

O tratamento deve ser realizado através da antibioticoterapia indicado para crianças e adultos. A hospitalização é recomendada apenas para casos graves de pneumonia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Esse estudo tem a finalidade de corroborar para uma melhoria na qualidade da assistência a pacientes com Pneumonia, em especial, crianças e adolescentes através da Sistematização da Assistência de Enfermagem. A SAE é uma atividade privativa do Enfermeiro que exige interesse em conhecer o paciente em sua totalidade, fazendo o uso de seus conhecimentos e habilidades de modo a fazer a implantação de ações eficazes para a melhoria do quadro clínico do paciente.

É relevante para a Enfermagem, pois será mais um suporte de aprimoramento de conhecimentos principalmente para os acadêmicos de Enfermagem favorecendo o empoderamento de sua prática assistencial.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo do tipo estudo de caso. Realizado no Centro de Assistência a Criança Lúcia de Fátima Rodrigues Guimarães Sá (CROA) em Fortaleza durante os meses de setembro e outubro de 2013 durante os estágios da disciplina de Enfermagem no Processo do Cuidar da Criança II da Universidade Federal do Ceará.

O CROA é o hospital mantido pela Prefeitura de Fortaleza para atendimento exclusivamente infantil, recebendo crianças de um mês até 14 anos. Referência para o tratamento de doenças epidérmicas (de pele), entéricas (que afetam o aparelho digestivo) e respiratórias, como asma, rinite, pneumonias e rinofaringites, a unidade é sede do Programa de Atenção Integral a Criança com Asma (Proaica).

O sujeito do estudo do estudo foi uma adolescente de 16 anos hospitalizada. Foi realizada uma breve entrevista e o exame físico para a obtenção dos dados. A análise dos dados foi realizada por meio da utilização dos Diagnósticos de Enfermagem (NANDA), Intervenções de Enfermagem (NIC) e Resultados de Enfermagem (NOC). Todos os preceitos da Resolução CONEP 466/12 foram respeitados.

Resultados e Discussão

Histórico Clínico: A.C.F.M. 1ºD.I.H., sexo feminino, 16 anos, reside em Fortaleza, acompanhada pela mãe. Queixas: falta de ar, cansaço, tosse seca, febre e cefaleia no momento da manifestação da tosse. Possui como diagnóstico: Pneumonia. Mãe relata que a paciente completou o esquema vacinal. Não possui história pregressa de doenças crônicas, congênitas, mentais ou físicas. Relata internações anteriores devido ter apresentado como patologia a dengue e em outro momento por infecções na garganta (orofaringe). Relatou ter possuído alergia anterior a corante e relata possuir rinite. Na escala de análise de dor (0 a 10) deu como nota 8 o que caracteriza como dor moderada presente na região torácica. O suporte nutricional realizado por meio da dieta via oral..

Exame Físico: Paciente consciente, comunicativa, deambulando. Os pares cranianos (I ao XII) estão desempenhando suas funções de forma adequada. A propriocepção e função cerebelar estão funcionantes preservadas. Teste de Romberg negativo. Na avaliação sensitiva, foi observada sensibilidade algica, tátil. Nos reflexos profundos, as etapas foram desempenhadas com competência. Não apresentava alteração no extrato córneo como lesões, equimose, mas apresentava manchas hipercrômicas na face e na região dorsal. Crânio normocefálico e face com simetria. Cabeça está mantida de forma equilibrada e firme. Pupilas reativas a presença de luz. No nariz, o cartucho esquerdo encontra-se edemaciado e eritematoso, próximo, apresentava-se uma secreção. Pescoço flexível com movimentação firme. A tireóide não apresenta alteração em seu tamanho. Paciente com acuidade visual preservada. Tamanho, formato, condições da pele e sensibilidade do ouvido externo esquerdo e direito estão normais. Presença de sujidades canal auditivo. Não foi detectado dor à palpação dos seios paranasais. Apresenta dentes com coloração amarelada. Na cavidade bucal, não há lesões. A língua apresentava-se saburrosa e as amígdalas edemaciadas direita (+2) e esquerda (4+). Não apresenta gânglios aumentados. Paciente com tosse seca persistente. Taquipnéico (FR= 38 mrpm) e apresenta dispnéia. No exame físico nota-se um tórax elíptico. Durante a palpação, não foi detectado nenhuma massa ou nódulo superficial. A traquéia foi localizada no seu local adequado. Campos pulmonares ressonantes à percussão. Durante a ausculta foram detectados os sons normais: brônquico, broncovesiculares, vesiculares e presença de ruídos adventícios como crepitações. Acianótico. Temperatura= 36,9°C. Tempo de preenchimento capilar menor que 2seg. Ausência de baqueteamento digital e pulsações visíveis em veias jugulares. Na ausculta cardíaca, BNF em 2T com ritmo regular e sopros ausentes. Pulsos fortes nos membros superiores (FC= 104 bpm). Paciente

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

abdômen distendido, ausência de hérnias, estrias, varizes, ruídos adventícios, visceromegalia. Apresenta ruídos hidroaéreos. Refere dor no Quadrante superior direito. Ausência de edema nos MMII.

Diagnósticos de Enfermagem	Planejamento	Intervenções de Enfermagem	Resultados
Risco de Constipação relacionado à ingestão insuficiente de fibras e líquidos.	Avaliar os fatores causadores; Promover a normalização da função intestinal e o bem-estar.	Revisar o regime alimentar diário; Determinar a ingestão de líquidos, observar déficit; Oferecer informações sobre a relação entre dieta, exercício e líquidos.	Deteção de riscos; Hidratação; Ingestão de alimentos (fibras) e líquidos; Eliminação intestinal.
Dor aguda relacionada a agentes lesivos evidenciada por relato verbal de dor e expressão facial	Avaliar fatores contribuintes; Avaliar a resposta do paciente a dor; Auxiliar o paciente a controlar a dor e Promover o bem-estar.	Realizar uma avaliação abrangente da dor que inclua a localização, características, duração, frequência, gravidade (escala 0-10) Monitorar Sinais vitais, Administrar Analgésicos conforme prescrição médica.	Bem-estar Pessoal Controle da Dor Descanso
Fadiga relacionada a estados de doença evidenciada por cansaço.	Avaliar fatores contribuintes; Determinar o grau da fadiga; Auxiliar o paciente na resolução da fadiga; Promover o bem-estar.	Observar o estágio da doença, estado nutricional, equilíbrio de líquidos; Medir a resposta fisiológica a atividade; Orientar quanto aos métodos de conservação de energia.	Relatar aumento na sensação energética; Participar do tratamento recomendado.
Desobstrução ineficaz das vias aéreas relacionada à infecção evidenciada por dispnéia, mudanças na frequência respiratória, ruídos adventícios respiratórios e tosse ineficaz.	Manter as vias aéreas adequadas; Avaliar mudanças; Promover o bem-estar.	Estimular a respiração profunda e exercícios para a tosse; Administrar expectorantes/broncodilatadores conforme prescrição; Aumentar a ingestão de líquidos; Auscultar sons respiratórios; Monitorar os Sinais Vitais; Observar sinais de movimentos respiratórios.	Manter a desobstrução aérea; Demonstrar ausência ou redução da congestão com sons respiratórios ausentes. Verbalizar compreensão das causas e do regime terapêutico.

Segundo o Ministério da Saúde, as principais indicações de internação hospitalar dos casos de crianças com pneumonia são: idade < 2 meses, tiragem subcostal, convulsões, sonolência, estridor em repouso, desnutrição grave, impossibilidade de ingestão de líquidos, sinais de hipoxemia, doença de base debilitante (ex.: cardiopatia, pneumopatia crônica, doença falcêmica), derrame pleural, abscesso pulmonar, pneumatocele, falha de terapêutica ambulatorial, apoio familiar não favorável ao tratamento domiciliar da criança com quadro agudo. E a classificação de risco mais simples que permite ter um prognóstico seguro de Pneumonia considera sinais de gravidade agudos e idade do doente em adultos abrange: presença de confusão mental, frequência respiratória (maior ou igual a 30 irpm, Pressão arterial sistólica menor que 90mmHg ou diastólica menor ou igual a 60mmHg, idade maior que 65 anos.

O tratamento a pacientes com pneumonia deve ser feita com antibioticoterapia, avaliação das condições de hidratação e oxigênio complementar se necessário. (WONG,2011)

O suporte nutricional para desenvolver a um sistema imunológico competente no combate as infecções, evitar contato, principalmente, com a fumaça gerada pelo uso do cigarro e ter realizado a imunoprofilaxia certamente evitará o acometimento de crianças e adolescentes com a Pneumonia. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Conclusão

Com estudo, pôde-se observar que a avaliação do paciente foi bastante positiva. O conhecimento a cerca da patologia favorece na adesão do indivíduo ao tratamento. No entanto, é essencial que o Enfermeiro realize uma entrevista minuciosa a respeito de como o a paciente desenvolve as suas atividades diárias, pois possuem informações importantes na construção do histórico clínico. O exame físico realizado neste estudo tem como finalidade avaliar possíveis alterações de condição patológica decorrente da Pneumonia. A SAE vai ser um conjunto ações integradas do Enfermeiro de modo a evitar as complicações decorrentes da patologia ao paciente e fazer com o mesmo recupere o seu bem- estar o mais breve possível.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea : queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

CLASSIFICAÇÃO dos resultados de enfermagem (NOC). 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DOCHTERMAN, Joanne McCloskey; BULECHEK, Gloria M. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 4. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2008.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2005-2006. Porto Alegre, RS: Artmed, 2006.

WONG fundamentos de enfermagem pediátrica. 8. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. Pneumonia. Abril, 2013. Acesso: dia 21 de outubro de 2013: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/en/>.

Agradecimentos

Agradecemos primeiramente a Deus pelo dom da vida. A nossa orientadora pelos conhecimentos transmitidos durante o estágio, pela dedicação e comprometimento. E a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para construção desse trabalho.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: PROMOÇÃO DA SAÚDE DE UMA CRIANÇA COM GASTROENTERITE E DESIDRATAÇÃO

Laryssa Miranda Vidal Cavalcante Farias (IC) – Universidade Federal do Ceará, laryvidal@yahoo.com.br
Suellen Viana Lucena (IC) – Universidade Federal do Ceará
Dalila Érica Nobre Cavalcante (IC) – Universidade Federal do Ceará
Francisca Risoleta Pinheiro (IC) – Universidade Federal do Ceará
Kelyne Benevides Rios França (IC) – Universidade Federal do Ceará
Francisca Elisângela Teixeira Lima (PQ) – Universidade Federal do Ceará

Palavras-chave: Processo de Enfermagem. Criança. Hospital.

Resumo

INTRODUÇÃO: A infância é uma fase da vida que, em geral, pode ser acometida por diversas patologias, destacando-se as disfunções gastrointestinais, das quais a gastroenterite infecciosa é uma das causas mais comum de mortalidade pediátrica em países em desenvolvimento como o Brasil. É resultante de uma infecção do trato gastrointestinal por variados agentes patogênicos que alteram a função intestinal. **OBJETIVO:** Descrever a sistematização da assistência de Enfermagem (SAE) realizada a uma criança hospitalizada com gastroenterite e desidratação. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de caso, realizado em um hospital público pediátrico, na cidade de Fortaleza-CE, em outubro de 2013, durante o estágio curricular da disciplina de Enfermagem no Processo de Cuidar da Criança II. Durante a execução do estudo foram respeitados os parâmetros éticos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. **RESULTADOS:** Os diagnósticos de Enfermagem encontrados foram: Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades; Volume de líquidos deficiente; Diarréia relacionada à contaminação, processo infeccioso e inflamação; Risco de infecção; Risco de desequilíbrio na temperatura corporal; Risco de desequilíbrio eletrolítico; Risco de integridade da pele prejudicada. Diante disso, as principais intervenções foram: Monitorar a ingesta de alimento e de líquidos; Pesar a criança diariamente; Monitorar as membranas mucosas, a turgescência da pele; Monitorar características das eliminações; Avaliar a presença de sinais flogísticos no AVP; Monitorar sinais vitais e relatá-los. **CONCLUSÃO:** Observou-se a importância da avaliação de enfermagem no contexto do paciente infantil, contribuindo para a elucidação da importância da SAE no processo de cuidar holístico e individualizado.

Introdução

Na área da saúde, destaca-se o aumento contínuo das exigências do mercado de trabalho com relação ao conhecimento dos profissionais, visando à prestação de uma assistência, qualificada aos clientes. Com isso, os estudantes de Enfermagem têm a difícil tarefa de reter grande quantidade de informações em um curto período de formação profissional (DAMASCENO *et al.*, 2012).

De acordo com a resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a SAE e o processo de enfermagem deve ocorrer em todos os ambientes públicos ou privados, onde haja o cuidado profissional de Enfermagem (COFEN, 2009). Evidenciando, dessa forma, a necessidade da implementação da metodologia de trabalho pelos acadêmicos de Enfermagem, a fim de prestar um cuidado individualizado e de qualidade ao cliente.

O processo de enfermagem representa um modelo tecnológico que possibilita ao enfermeiro identificar, compreender, descrever e explicar as necessidades humanas dos indivíduos, famílias e coletividades. É uma atividade desempenhada sistematicamente, a partir de cinco etapas inter-relacionadas: investigação, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação (ALFARO-LEFEVRE, 2010).

Com a necessidade de padronização de uma linguagem que pudesse ser entendida e praticada por enfermeiros em determinadas situações e locais, começaram a ser criados instrumentos de trabalho que proporcionam interação dinâmica durante a execução do processo de enfermagem, sendo eles: a taxonomia dos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I, uma terminologia de enfermagem padronizada que propicia ao enfermeiro uma base consistente para tomada de decisões com consequentes soluções dos problemas de enfermagem. A NIC, uma linguagem padronizada e abrangente que descreve os tratamentos realizados pelos enfermeiros (GIUSTI *et al.*, 2006). E, por fim, a NOC, que foi desenvolvida com o propósito de conceitualizar, rotular, definir e classificar os resultados e indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem (GARBIN *et al.*, 2009).

Na disciplina de Enfermagem no Processo de Cuidar da Criança II, do mapa curricular do curso de enfermagem da Universidade Federal do Ceará, o acadêmico de Enfermagem tem função fundamental, sob supervisão do professor, no acompanhamento das crianças que procuram o serviço de saúde, tendo a responsabilidade de prestar uma assistência sistematizada, individualizada e de qualidade, buscando garantir a saúde do cliente, levando em conta as doenças mais prevalentes e evidências científicas disponíveis.

A infância é uma fase da vida que, em geral, pode ser acometida por diversas patologias, destacando-se as disfunções gastrointestinais. Transtornos inflamatórios e de má-absorção comprometem a integridade do trato Gastrointestinal devido ao fato de o intestino das crianças ser mais vulneráveis às infecções (WONG, 1999).

Entre as disfunções gastrointestinais, a gastroenterite infecciosa é uma das causas mais comum de mortalidade pediátrica em países em desenvolvimento como o Brasil. É resultante de uma infecção do trato gastrointestinal por variados agente patogênicos que alteram a função intestinal (LIMA; DIAS, 2010).

A gastroenterite defini-se como a diminuição da consistência das fezes (líquidas ou semi-líquidas) e/ou aumento da frequência das dejeções para mais de 3 vezes ao dia com ou sem febre ou vômito. A doença manifesta-se por diarréia líquida, por vezes com sangue, após período de incubação de 1 a 7 dias, além de cólicas e/ou dor abdominal, perda de apetite ou recusa alimentar. Há perda de líquidos e eletrólitos, e podem resultar em desidratação, com necessidade de internamento hospitalar. O vômito e a febre podem estar ausentes, suceder ou preceder a diarréia (LIMA; DIAS, 2010).

A diarréia é o sintoma que resulta de distúrbios que envolvem as funções digestivas, de secreção e absorção, sendo causada pelo transporte anormal de água e eletrólitos. As diarréias agudas mais comuns são adquiridas através da ingestão de água e alimentos contaminados com microrganismos ou toxinas produzidas por microrganismos, ou são disseminados de pessoa para pessoa onde exista um contato próximo (WONG, 1999).

Como manifestação subsequente a esse quadro, tem-se a desidratação, uma perturbação dos líquidos corporais comum em lactentes e em crianças, e ocorre sempre que a ingestão total de líquidos é inferior a eliminação total. É, mais comumente, um resultado de perdas anormais de líquidos, devido à diarréia e/ou vômito, quando a ingestão oral compensa somente parcialmente as perdas anormais (WONG, 1999).

A identificação dos sinais clínicos que indicam risco a criança com enteroinfecção ocorre através da realização de um adequado e completo exame físico, que abrange cabeça e pescoço, coração, pulmões, abdome, extremidades, sistema neurológico, através da inspeção, palpação e ausculta.

Para um exame físico seja considerado satisfatório, é preciso que o profissional de saúde que está realizando seja adequadamente treinado e mantenha-se atualizado em relação ao tema (DAMASCENO *et al.*, 2012).

Dessa forma, percebe-se a importância do estudo para o processo de aprendizagem do conteúdo da disciplina, uma vez que proporciona um conhecimento mais aprofundado aos acadêmicos de enfermagem acerca da doença e da realização de um exame físico completo, por meio de uma assistência sistematizada, visando um atendimento de qualidade a criança no período de internação hospitalar.

Assim, esse estudo tem o objetivo de Descrever a sistematização da assistência de Enfermagem realizada a uma criança hospitalizada com gastroenterite e desidratação.

Metodologia

Trata-se de um estudo de caso, realizado no Centro de Assistência a Criança, na cidade de Fortaleza-CE, no período de outubro de 2013, durante o estágio curricular da disciplina de Enfermagem no Processo de Cuidar da Criança II, fornecido pela Universidade Federal do Ceará.

O estudo foi realizado com uma criança, sexo feminino, três anos de idade, procedente de Fortaleza-CE, admitida há cinco dias na instituição com diagnóstico médico de Gastroenterite e Desidratação.

Para coleta dos dados utilizou-se um roteiro de entrevista e de exame físico, complementando os dados com a consulta ao prontuário do sujeito do estudo.

Para análise dos dados foram levantados os diagnósticos de Enfermagem encontrados na paciente por meio do NANDA, seguido de um posterior questionamento de possíveis intervenções de Enfermagem com uso da NIC e projeção de possíveis resultados esperados, utilizando a NOC.

Durante a execução do estudo foram respeitados os parâmetros éticos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e Discussão

Histórico/ Exame Físico: A. N. R., sexo feminino, três anos, procedente e natural de Fortaleza-CE, 5DIH por Gastroenterite e Desidratação. Chegou a Unidade de Saúde apresentando febre (38,3°C) e vômito. Causa desconhecida. Mãe refere que há 5 dias a criança apresentou quadro de diarreia com muco cerca de 4 a 5 vezes durante o dia, vômitos pós-prandiais cerca de 3 a 4 vezes ao dia, perda de peso de aproximadamente 2kg. História de internação anterior por Infecção Urinária. Encontra-se alerta, orientada, cooperativa, deambulando, verbalizando suas necessidades. Alérgica à dipirona. Dorme aproximadamente 12 horas por dia/noite. Ingerido quantidade adequada de líquidos, aproximadamente 2l/dia. Alimentada, aceita parcialmente a dieta. Eliminação intestinal presente no período apresentando-se diarreicas de cor esverdeada. Apresentando disúria, com eliminação vesical presente no período de cor amarelo escuro, diminuição do número de micções. Normocefálica, caixa craniana sem deformidades, mucosas seca e descorada, pele seca e pálida. Cabelos hidratados e higienizados, ausência de seborreia e pediculose, couro cabeludo íntegro, distribuição regular de pêlos. Face simétrica. Conjuntiva normocorada, esclera sem alterações, ausência de ptose palpebral. Reflexos pupilar e corneal presentes. Teste de confrontação positivo. Seios paranasais indolores a palpação, nariz com presença de secreções. Olfato preservado. Sinal de PERRLA positivo. Pavilhão auricular íntegro, sem sujidades, implantação na altura linear dos olhos, ausência de cerume em canal auditivo. Teste de acuidade auditiva positivo. Lábios pouco hidratados, mucosa oral higienizada, descorada, íntegra, ausência de cáries, amídalas não visualizadas. Deglutição preservada. Linfonodos não palpáveis. Pares de nervos cranianos preservados e responsivos. Tórax elíptico, simétrico, movimentos respiratórios regulares, eupnéico (FR=25 mrpm), ausência de cianose e baqueteamento digital, apresentando de tosse produtiva. Expansibilidade torácica simétrica, frêmito toraco-vocal sem alterações, AP: MVU positivo, s/ RA. Perfusão periférica pérvia, ausência de edema em membros inferiores, ausência de sinal de dislipidemia, normocárdico (FC=97 bpm), AC: RCR, BNF, 2T, s/ sopro. Abdome plano, pele íntegra e desidratada, cicatriz umbilical higienizada. Presença de ruídos hidroaéreos. Som timpânico a percussão, ausência de viceromegalias, ausência de massas palpáveis, indolor a palpação. Teste de descompressão brusca negativo. Sensibilidade tátil e reflexos tendinosos profundos presentes. Força motora de MMSS e MMII inalterada. Movimentação de membros sem alterações. Marcha normal. Com acesso venoso pérvio em membro superior direito para administração de medicamentos e hidratação sem sinais flogísticos. Segue sob cuidados da enfermagem.

Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem

DIAGNÓSTICOS	INTERVENÇÕES	RESULTADOS
<u>Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais</u> relacionada a fatores biológicos e a capacidade prejudicada de absorver alimentos evidenciados por diarreia, mucosas pálidas e relato de ingestão inadequada de alimentos, menor do que a porção diária recomendada.	Aconselhamento nutricional, estabelecimento de metas mútuas; Monitorar a ingestão de alimentos, principalmente de calorias; Pesas a criança diariamente.	Ganho de peso; Aceitação da dieta; Nutrição adequada; Mucosa normocorada.
<u>Volume de líquidos deficiente</u> relacionado à perda ativa de volume de líquidos evidenciado por aumento da temperatura corporal, diminuição do turgor da pele, mucosas secas, pele seca e perda súbita de peso.	Determinar fatores de risco para o desequilíbrio de líquidos: Hipertermia; Monitorar a ingestão e a eliminação; Monitorar as membranas mucosas, a turgescência da pele e a sede; Monitorar a cor e o volume de eliminações; Terapia de reidratação oral; Determinação do peso diário; Orientar a família para determinar a extensão e efetividade dos cuidados.	Pele íntegra; Mucosa normocorada; Ganho de peso;
<u>Diarreia</u> relacionada à contaminação, processo infeccioso e inflamação evidenciada por pelo menos três evacuações de fezes líquidas por dia.	Monitorar frequência, quantidade e características das evacuações;	Fezes pastosas; Diminuição da frequência das evacuações.
<u>Risco de infecção.</u> Fatores de risco: procedimentos invasivos, exposição ambiental aumentada a patógenos e defesas primárias inadequadas.	Avaliar a presença de sinais flogísticos no AVP; Limpeza adequada do local de inserção do AVP, com utilização de material estéril; Orientar as visitas para lavarem as mãos ao entrar no quarto da criança e ao sair do mesmo.	Ausência de infecção.
<u>Risco de desequilíbrio na temperatura corporal.</u> Fator de risco: desidratação.	Monitorar a temperatura pelo menos a cada duas horas, pulso e a respiração, cor, sinais e sintomas de hipotermia e hipertermia e relatá-los; Promover uma ingestão adequada de líquidos e nutrientes; Adaptar a temperatura do ambiente às necessidades da criança.	Criança afebril; Hidratada.

Risco de desequilíbrio eletrolítico. Fatores de Riso: desequilíbrio hídrico (desidratação), diarreia, vômito.	Monitorização de eletrólitos; Reposição de eletrólitos; Reposição hídrica; Alimentação adequada.	Equilíbrio eletrolítico.
Rico de integridade da pele prejudicada. Fatores de Risco: mudança no turgor da pele.	Hidratação oral; Utilização de óleo mineral tópico.	Pele íntegra.

No caso estudado não se sabe a etiologia da gastroenterite. Independente disso, a patologia estudada tem causado impactos globais de forma direta, com o comprometimento da saúde dos indivíduos, em consequência da desidratação e desnutrição crônica que levam ao óbito; como de forma indireta, considerando-se o abalo à economia causada pelos custos das internações (VANDERLEI; SILVA; BRAGA, 2003).

Uma história clínica bem elaborada para obtenção de dados importantes, como: Idade, peso anterior, número de dias de diarreia, número de dejeções nas últimas 24 horas, consistência das fezes, presença de sangue, número de episódios vômitos, febre, frequência das micções, quantidade de líquidos ingeridos, ingestão alimentar, medicação já efetuada (SRO / antipiréticos / antibióticos), contacto com outros casos (domicílio / creche / escola), patologia pré-existente; além de um exame físico adequado, são fundamentais para orientação diagnóstica e terapêutica.

A atuação da equipe de enfermagem nesse momento é de fundamental importância na prevenção e diagnóstico precoce das complicações e na manutenção do conforto do paciente, com observação rigorosa, detalhada e sistematizada do mesmo.

Cabe aos profissionais de Enfermagem contribuir para a redução de complicações relacionadas a essas e outras patologias que acometem as crianças, se apoiando na Sistematização da Assistência de Enfermagem, por meio do estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem, plano de cuidados e estabelecimento dos resultados esperados, a fim de prestar um atendimento/acompanhamento holístico, eficaz e ético.

Conclusão

Observou-se a importância da avaliação de enfermagem no contexto da pediatria, contribuindo para a elucidação da importância da Sistematização Assistência de Enfermagem no processo de cuidar holístico e individualizado, que se torna um mecanismo ainda mais importante para a promoção da saúde e o alcance da qualidade de vida.

Um efetivo acompanhamento do paciente durante o período de internação, juntamente com as intervenções, são necessárias na tentativa de promover saúde ao paciente, prevenindo agravos e possibilitando alta hospitalar em tempo mais rápido. Além disso, é de fundamental importância manter um paralelo com o trabalho da equipe multidisciplinar e multiprofissional para obter a melhora do paciente.

Referências

FREITAS, L.V.; TELES, L. M. R.; LIMA, T. M.; VIEIRA, N. F. C.; BARBOSA, R. C. M.; PINHEIRO, A. K. B.; DAMASCENO, A. K. C. Exame físico no pré-natal: construção e validação de hipermídia educativa para a Enfermagem. Acta Paul Enferm. 2012;25(4):581-8.

Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009 – 2011/ NANDA International; tradução Regina Machado Garcez. – Porto Alegre: Artmed, 2010.

WONG, D. L. Enfermagem Pediátrica: Elementos essenciais à intervenção efetiva, 5ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara,1999.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providencias. Rio de Janeiro, 2009.

ALFARO-LEFEVRE, R. Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo. 7. ed. Porto Alegre: Artes Medicas Sul, 2010.

GARBIN, L. M.; RODRIGUES, C. C.; ROSSI, L. A.; CARVALHO, E. C. Classificação de resultados de enfermagem (NOC): identificação da produção científica relacionada. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 30, n. 3, p.508-515, set. 2009.

GIUSTI, A. C. B. S.; PELLISON, F.; MENDES, W. S. R.; MELO, L. L. Criança com displasia ectodérmica: diagnósticos e intervenções de enfermagem baseados em NANDA e NIC. Arq. Ciênc. Saúde, v. 13, n. 1, p. 39-43, jan./mar. 2006.

LOPES, R. M.; SILVA, L. M. V.; HARTZ, Z. M. A. Teste de uma metodologia para avaliar a organização, acesso e qualidade técnica do cuidado na atenção à diarreia na infância. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S283-S297, 2004

VANDERLEI, L. C. M.; SILVA, G. A. P.; BRAGA, J. U. Fatores de risco para internamento por diarreia aguda em menores de dois anos: estudo de caso-controle. Cad Saude Publica. 2003 mar-abr;19(2):455-63.

LIMA, R. M.; DIAS, J. A. Gastroenterite Aguda. NASCER E CRESCER, revista do hospital de crianças maria pia ano 2010, vol XIX, n.º 2.

Agradecimentos

Agradecemos primeiramente a Deus pelo dom da vida. A nossa orientadora, pelos conhecimentos transmitidos durante o estágio, pela dedicação e comprometimento. E a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para construção desse trabalho.

Sistematização do processo de territorialização da 15ª Região de Saúde do Estado do Ceará

Karine da Silva Oliveira – Escola de Saúde Pública do Ceará/kariineoliveira01@gmail.com

Elayne Cristina Matias Nóbrega – Escola de Saúde Pública do Ceará

Maria do Rosário Macêdo – 15ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Ceará

Palavras-chave: Regionalização. Territorialização. Região de Saúde. Saúde Coletiva.

Resumo

Este trabalho teve como objetivo sistematizar a territorialização realizada na 15ª Região de Saúde de Crateús, composta por 11 municípios situados ao oeste do estado do Ceará. Verificaram-se sérios problemas socioeconômicos e de infraestrutura na região, com déficits na cobertura regional de água proveniente de abastecimento público, esgoto e coleta de lixo. Os indicadores epidemiológicos mostraram que as principais causas de mortalidade são as doenças

cerebrovasculares, seguidas das doenças por demais causas, causas externas e doenças cerebrovasculares, além de altos índices de mortalidade materna e infantil. A atenção primária mostrou fragilidades quanto à resolubilidade e qualidade dos serviços prestados a população, constatando-se descontinuidade no cuidado ao usuário, fluxos e rotinas informais de encaminhamento de pacientes, suprimento deficiente das unidades, falhas na cobertura populacional, gerando dificuldades no exercício da responsabilidade de ordenar as redes de atenção, comprometendo a garantia do princípio da integralidade do SUS.

Introdução

A regionalização se configura como um projeto de organização do sistema de saúde brasileiro que deve ser, ao mesmo tempo, unificado, descentralizado e hierarquizado em todo o território nacional, atendendo à diversidade regional do país (GADELHA et al., 2011). Este modelo tem como objetivo maior a expansão do acesso à saúde baseados na universalidade e integralidade, a atenção às necessidades locais, a participação social e o uso eficiente dos recursos. Nesta perspectiva, as regiões de saúde, objeto principal do processo de regionalização, constituem-se como base territorial para o planejamento das redes de atenção com distintas densidades tecnológicas e capacidade de oferta de ações e serviços de saúde. São também espaços geográficos formados por um conjunto de unidades ou pontos de atenção, de diferentes funções, complexidades e perfis de atendimento, que operam de forma ordenada e articulada no território, de modo a atender as necessidades de saúde da população (PONTES et al., 2013). A territorialização por sua vez se constitui como o processo de reconhecimento de um determinado território, compreendendo os perfis socioeconômico, demográfico, epidemiológico e cultural que nele se inserem e que são condicionantes e determinantes da situação de saúde local. Conhecer o território é essencial para se elaborar um diagnóstico de saúde, planejar, executar, monitorar e avaliar ações de promoção e prevenção de saúde voltada para o atendimento universal e integral da população que integram determinada região de saúde. Portanto, este trabalho teve como objetivo sistematizar a territorialização realizada na Região de Saúde de Crateús, representada pela 15ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES). A Regional de Crateús pertence à Macrorregião de Sobral e é composta por 11 municípios, os quais são Ararendá, Crateús, Independência, Ipaporanga, Ipueiras, Monsenhor Tabosa, Nova Russas, Novo Oriente, Poranga, Quiterianópolis e Tamboril, perfazendo um total de 295.565 habitantes, segundo estimativa do IBGE de 2013. O município de Crateús é classificado como município pólo da Região, assumindo a responsabilidade de atendimento das referências dos demais municípios, por dispor de maior capacidade resolutiva em vários serviços de Média Complexidade (COAP-15ª CRES, 2012).

Metodologia

Tratou-se de um estudo transversal e descritivo, realizado na 15ª CRES, durante os meses de junho e julho de 2014. Para se conhecer os determinantes sociais de saúde, baseados em dados epidemiológicos, socioeconômicos e culturais foram consultadas informações de instrumentos de gestão regional disponíveis na CRES, como o Contrato Organizativo de Ação Pública 2012/2013 (COAP) e seu 2º Termo Aditivo 2014/2015, Mapa da Região de Crateús, Plano de Ação Regional das Redes de Atenção Cegonha, Psicossocial e Urgências, além da base de dados dos sistemas de informação do Ministério da Saúde, tais como o DATASUS, SIAB, SINAN e SIM. Para a melhor compreensão dos vetores do território realizou-se entrevista direta aos profissionais de saúde durante visita institucional em equipamentos de saúde do município pólo (Crateús), entre os quais a Secretaria Municipal de Saúde, o Centro de Apoio Psicossocial, duas Unidades Básicas de saúde, além de técnicos da própria CRES.

Resultados e Discussão

A Regional de Crateús se caracteriza como uma região com sérios problemas socioeconômicos e de infraestrutura. Ainda prevalecem altas taxas de analfabetismo, enquanto a maioria da população alfabetizada não tem ensino médio concluído, dificultando a aquisição de empregos melhor remunerados. Embora as taxas de desemprego não sejam elevadas, o percentual de indivíduos com renda inferior a meio salário mínimo é alto. Apenas 27% da população possui sistema de esgotamento instalado no domicílio, os demais possuem como destino final fossas e céu aberto, o que contribui para a proliferação de doenças infectocontagiosas. A cobertura de energia elétrica permeia 95,8% da população, sendo que as casas mais afastadas da zona urbana ainda utilizam a luz proveniente de velas ou lâmparas a gás. Aproximadamente 66,5% da população utiliza água proveniente de abastecimento público. Na zona rural a água para consumo humano é captada em cisternas, açudes, barreiros ou cacimbas, cerca de 33,5% da população utilizam água por meio dessas fontes. A maioria dos domicílios é de alvenaria (95,39%), no entanto ainda encontram-se casas de madeira, taipa e outros tipos de materiais. As principais doenças transmissíveis, na Região de Crateús foram dengue, hanseníase e tuberculose, sendo esta última classificada na Região como de muito alta endemicidade.

De acordo com o Sistema de Informação de Mortalidade (2013), as principais causas de óbitos na Região de Saúde de Crateús são as doenças cardiovasculares (15%), seguidas das demais causas de morte (14,8%), causas externas (12,3%) e doenças cerebrovasculares (11,7%). Óbitos por doenças pulmonares (8,4%), cânceres (8,3%), diabetes (5,3%) e doenças hipertensivas (4,9%) também representam percentual significativo nos índices de mortalidade. Estes dados sinalizam a necessidade de se trabalhar ações preventivas voltadas para estas patologias, no âmbito da atenção primária nos municípios.

Em relação aos índices de mortalidade materna, observou-se razão em nível crescente nos últimos anos, passando de 75,99 em 2011 para 114,48 no ano de 2013. Do mesmo modo as taxas de mortalidade infantil ainda prevalecem elevadas variando de 7,5% a 30% entre os municípios que compõem a Região. Em relação aos óbitos infantis por faixa etária, observa-se que os maiores percentuais de óbitos são de crianças entre 28 dias a menores de 1 ano, variando de 49% a 65% entre os anos de 2010 a 2013. Esses dados mostram a importância do investimento na cobertura e qualificação da assistência pré-natal, ao parto e pós-parto, incluindo garantia de vaga nas maternidades para atender o parto, transporte seguro da gestante e/ou recém-nascido e quando necessário, ampliação dos leitos de UTI e UCI neonatais, garantia de insumos e capacitação de recursos humanos, além de acompanhamento adequado as crianças recém-nascidas até os 24 meses de vida.

Todos os municípios da Região de Saúde de Crateús possuem Equipes de Saúde da Família (ESF) e agentes comunitários de saúde (ACS). Ao todo são 71 ESF e 679 ACS, distribuídos nos 11 municípios. A proporção de cobertura populacional estimada dos ACS é de 100%, enquanto que as ESF variam, tendo apenas cinco municípios com cobertura populacional de 100%. Todos os municípios possuem equipamentos de saúde primários, sendo 08 Centros de Saúde, 56 Postos de Saúde, 29 Unidades Básicas de Saúde, 05 unidades de Vigilância Sanitária e 01 Núcleo de Vigilância Sanitária. Em todos estes existem fragilidades na atenção primária em relação à resolubilidade e qualidade dos serviços prestados a população, constatando-se descontinuidade no cuidado ao usuário, fluxos e rotinas informais de encaminhamento de pacientes, suprimento deficiente de materiais e equipamentos, assim como recursos humanos nas unidades, falhas na cobertura populacional e nos mecanismos de referência e contrarreferência, gerando dificuldades no exercício da responsabilidade de ordenar as redes de atenção, comprometendo a garantia do princípio da integralidade do SUS.

Conclusão

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Diante do exposto, conclui-se que a Região de Saúde de Crateús apresenta dificuldades socioeconômicas e de infraestrutura que condicionam e determinam os indicadores de saúde regional, além de apresentar falhas na cobertura, resolubilidade e qualidade dos serviços ofertados pela atenção primária, comprometendo o atendimento integral da população, quando na verdade esta deveria estar fortalecida por ser a porta de entrada dos usuários do Sistema Único de Saúde. Conhecer o território por meio da ferramenta de territorialização é primordial para a realização de um diagnóstico de saúde local, que norteará a tomada de decisão quanto às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, com vistas à melhoria do acesso e qualidade de saúde da população adstrita na Região.

Referências

Caderno de Informação em Saúde. Região de Saúde de Crateús. Governo do Estado do Ceará. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 2013.

Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde 2012/2013. Ministério da Saúde. Estado do Ceará. Região de Saúde de Crateús. Fortaleza, Agosto/2012.

Segundo Termo Aditivo ao Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde da Região de Saúde de Crateús Nº 15/CE-COAP. Estado do Ceará. Abril/2014.

GADELHA, Carlos Augusto Graboys et al. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, n.6, p.3003-3016, 2011.

PONTES, Ricardo José Soares et al. Modelo de Regionalização e Redes de Atenção à Saúde no Estado do Ceará. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Ceará.

Agradecimentos

Agradecemos a Deus, nosso Senhor e Mantenedor, por sempre nos guiar, iluminar e proteger; aos nossos pais e família, pelo apoio, amor e dedicação constantes; à nossa orientadora Maria do Rosário, por toda a atenção e o auxílio prestados; aos demais funcionários da 15ª CRES, pela amizade e troca de experiências; e à Escola de Saúde Pública do Ceará, pela concretização da nossa residência e possibilidade de desenvolvimento deste trabalho.

Satisfação com a imagem corporal de estudantes de Educação Física da UECE

Samuel Miranda Mattos - Universidade Estadual do Ceará. samuel.mattos@hotmail.com
David Muniz De Andrade Neto - Universidade Estadual do Ceará
Camila Brasileiro de Araújo Silva - Universidade Estadual do Ceará
Larissa Alves Alexandre Moliterno - Faculdade Integrada do Ceará
Thereza Maria Magalhães Moreira - Universidade Estadual do Ceará
Paula Matias Soares - Universidade Estadual do Ceará

Palavras-chave: Imagem Corporal. Insatisfação Corporal. Estado nutricional

Resumo

É próprio do ser humano ver sua imagem refletida no espelho e observar pequenas imperfeições. Quando as observações de si mesmo traduzem defeitos inexistentes ou imperceptíveis, pode estar havendo uma distorção da imagem corporal. Este estudo teve como objetivo descrever a autopercepção da imagem corporal em universitários, estudantes do curso de Educação Física da Universidade Estadual do Ceará. Caracterizando-se por ser um estudo quantitativo e descritivo, este

trabalho foi desenvolvido com indivíduos entre 18 e 35 anos acadêmicos do curso de Educação Física da Universidade Estadual do Ceará. A amostra foi composta por 95 indivíduos, 43 do sexo feminino (45%) e 52 do sexo masculino (55%). Foi aplicado um questionário contendo questões relativas à percepção da imagem corporal e estado nutricional, como também aferidas as medidas de massa e estatura, para posterior cálculo do IMC (Índice de Massa Corporal). As análises dos dados foram feitas por meio de indicadores estatísticos de tendência central (média), variabilidade (desvio padrão) e frequências percentuais. O nível de significância foi estabelecido em $p < 0,05$. A maior parte dos indivíduos está na faixa de peso normal relacionada ao IMC (66%), contudo, 69% estão insatisfeitos com a própria imagem, sendo que 68% dos estudantes classificados com peso normal estão insatisfeitos com sua imagem. Percebeu-se que, mesmo sendo a maioria classificada pelo IMC como indivíduos normais, a maioria dos indivíduos não está satisfeita com sua imagem corporal.

Introdução

Hodiernamente, as analogias com o corpo são continuamente influenciadas por diversos fatores socioculturais. Isso contribui para que as pessoas apresentem preocupações e insatisfações com a imagem corporal, influenciando a busca pelo aprimoramento da aparência física. A busca do corpo ideal em função da insatisfação com a imagem corporal é motivo de expectativa de melhoria da autoimagem por parte dos praticantes de atividades físicas, influenciando em seu comportamento (DAMASCENO et al., 2005).

A insatisfação com a autoimagem abrange todos os seguimentos da sociedade e é um tema atualmente estudado por ser indutor de problemas de saúde, como os transtornos alimentares. Tem-se observado em estudos que os profissionais da área de saúde, em especial os Educadores Físicos, a partir do período acadêmico, enfrentam dilemas quanto à satisfação com a imagem corporal. Há forte influência da mídia no estabelecimento de padrões estéticos e a expectativa da sociedade quanto ao tipo físico do Educador Físico para que seja “super sarado” (MARQUES; OLIVEIRA; ASSIS, 2013; ROSA; ASSIS, 2013).

Educadores Físicos são considerados formadores de opinião na sociedade, exemplos de boa forma e saúde. Estes profissionais são fundamentais na construção da imagem, dos conhecimentos sobre saúde, estética e bem estar (VASCONCELOS et al., 2011).

Diante desse exposto, o trabalho tem como objetivo descrever a autopercepção da imagem corporal em universitários, estudantes do curso de Educação Física da Universidade Estadual do Ceará.

Metodologia

Realizou-se um estudo descritivo com abordagem quantitativa com universitários do curso de Educação Física da Universidade Estadual do Ceará (UECE), em Fortaleza-Ceará-Brasil.

A coleta de dados da pesquisa se deu no segundo semestre do ano de 2013. A amostra do estudo foi composta por 95 universitários, estudantes de Educação Física, de ambos os sexos, com idades entre 18 e 35 anos, representando aproximadamente 23% da população geral matriculada no curso.

Para coleta de dados foram utilizadas as medidas antropométricas de peso e altura, sendo calculado o índice de massa corporal (IMC) para classificar o indivíduo dentro de parâmetros gerais.

Para coleta referente à percepção da imagem corporal, utilizou a escala de nove silhuetas corporais de cada sexo propostas por Stunkard, Sorenson e Schlusinger (1983). O conjunto de nove silhuetas numeradas foi mostrado aos universitários estando representadas em ordem crescente (silhueta 01 de menor volume até silhueta 09 de maior volume), seguido das perguntas: 1) Qual a silhueta que melhor representa sua aparência física atual (SA); 2) Qual silhueta você gostaria de ter (SI).

Para verificar a insatisfação com a imagem corporal, utilizou-se a diferença entre a silhueta atual (SA) e a ideal (SI). Quando a diferença foi igual à zero, o indivíduo foi classificado como satisfeito, e se diferente de zero, como insatisfeito. Quando a diferença for positiva, o indivíduo foi considerado como insatisfeito por excesso de peso, e quando negativa, como insatisfeito por magreza.

Recorremos à análise descritiva das variáveis com medidas de tendência central (média e desvio padrão) e frequências percentuais.

Resultados e Discussão

Dos 95 indivíduos abordados, 43 pertencem ao sexo feminino (45%), e o restante (52) são do sexo masculino (55%). As características descritivas dos universitários estão apresentadas na Tabela 1.

TABELA 1 – Pesquisados conforme medidas de tendência central de suas variáveis sociodemográficas (idade) e clínicas (altura, peso, IMC, silhueta atual e ideal). Fortaleza-Ceará-Brasil, 2014.

Variáveis	Masculino (n= 52)	Feminino (n= 43)	Total (n= 95)
Idade (anos)	22,4 ± 3,2	22,2 ± 2,8	22,3 ± 3,0
Altura (m)	1,74 ± 0,1	1,61 ± 0,1	1,68 ± 0,1
Peso (kg)	77,1 ± 11,6	58 ± 10	68,4 ± 14,4
IMC (kg/m²)	25,3 ± 3,0	22,2 ± 3,2	23,9 ± 3,4
Silhueta Atual (SA)	3,7 ± 1,1	3,0 ± 1,2	3,4 ± 1,2
Silhueta Ideal (SI)	3,8 ± 0,8	2,5 ± 0,7	3,2 ± 1,0

Percebe-se que os homens são mais pesados, mais altos e com IMC maior do que o apresentado pelas mulheres, em conformidade com outros trabalhos que justificam esses resultados em razão, principalmente, da maior quantidade de massa muscular nos homens e o desejo de estar cada vez mais forte e musculoso em contrapartida ao anseio feminino pela magreza. Além disso, estão as características biotípicas e fenotípicas das populações estudadas, que o homem sempre tende a ter maior diâmetro, comprimento ósseo e volume corporal em conformidade com essas medidas (RECH; ARAÚJO; VANAT, 2010). Para as mulheres, os valores médios de IMC apresentam-se, em sua maioria, na faixa de normalidade (até 24,9 kg/m²), já os homens apresenta-se pouco acima da faixa de normalidade configurando estado de sobrepeso (>24,9 kg/m²) embora que, na média geral, o IMC dos participantes da pesquisa indica que estão na faixa de peso considerada normal.

Estudos com universitários, dentre eles acadêmicos de Educação Física, seguem as mesmas características de médias, exceto pelo IMC nos homens de nossa pesquisa que apresentou média na faixa de sobrepeso (25,3 kg/m²), enquanto amostras destes outros trabalhos apontavam médias dentro da faixa de peso considerada normal (COQUEIRO et al., 2008; QUADROS et al., 2010; SILVA; SAENGER; PEREIRA, 2011).

No que se refere às silhuetas corporais: atual (SA) e ideal (SI), pode-se afirmar que, de um modo geral, a população estudada deseja diminuir a silhueta, ou seja, emagrecer. Na análise dos sexos separadamente, os homens em média têm o desejo de aumentar, no entanto a diferença foi pouca entre SA (3,7) e SI (3,8); já as mulheres apresentam, em média, insatisfação com o excesso de peso, resultando em diferença maior que a do sexo masculino, verificando que o valor para SI (2,5) é inferior à SA (3,0).

Quanto ao estado nutricional (IMC), 42% dos homens estão com sobrepeso enquanto somente 16% das mulheres estão nessa classificação. Há prevalência dos estudantes do sexo feminino considerados com peso normal, sendo que 77% do total das mulheres pesquisadas apresentaram peso normal, os 23% restantes estavam com baixo peso ou sobrepeso. Já no quesito imagem corporal, (69%), os pesquisados mostraram-se insatisfeitos com o corpo, sendo 28% por magreza, principalmente no sexo masculino, e 41% por excesso principalmente no sexo feminino, enquanto somente 31% dos estudantes se disseram satisfeitos com a própria imagem.

TABELA 2 – Classificação da satisfação com a imagem corporal. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2014.

Classificação	Masculino	%	Feminino	%	Total	%
Insatisfeito por magreza	20	38	7	16	27	28
Satisfeito	16	31	13	30	29	31
Insatisfeito por excesso	16	31	23	54	39	41

Quando se trata de pesquisas exclusivamente com futuros educadores físicos, destacamos os achados de Ferrari, Silva e Petroski (2012), composto por 236 participantes, onde 69% estavam insatisfeitos com sua imagem corporal, sendo maior a insatisfação por excesso em mulheres e a insatisfação por magreza em homens. Outros estudos apontam que, de um modo geral, maior número de pessoas encontra-se insatisfeita com sua imagem corporal, principalmente por excesso de peso (CONTI; FRUTUOSO; GAMBARDELLA, 2005; KAKESHITA; ALMEIDA, 2006).

TABELA 3 - Classificação da satisfação com a imagem corporal de indivíduos com IMC normal (eutróficos). Fortaleza-Ceará-Brasil, 2014.

Classificação	Masculino		Feminino		Total	
	n= 30	%	n= 33	%	n= 63	%
Insatisfeito por magreza	17	27	5	8	22	35
Satisfeito	8	13	12	19	20	32
Insatisfeito por excesso	5	8	16	25	21	33

O presente estudo se notabilizou por indivíduos com IMC normal (63). Apesar do grande número de universitários pesquisados classificados com peso normal, no que diz respeito à imagem corporal, a maioria destes disse estar insatisfeito devido à magreza (35%) ou insatisfeitos devido ao excesso de peso (33%), dado este que indica contradição entre avaliação de saúde, através do IMC, e da estética, através da escala de silhuetas. O IMC é um importante meio de avaliação do estado nutricional (avaliação da saúde) e para avaliação da estética a escala de silhuetas é um componente mais amplo que auxilia na identificação de um perfil estético.

Essas divergências, provavelmente, estão associadas à preocupação exagerada com a aparência corporal imposta pela mídia, fazendo com que o padrão de beleza idealizado não corresponda aos padrões considerados adequados para a saúde (QUADROS et al., 2010).

Mais da metade (68%) dos estudantes com peso normal estão insatisfeitos, fato observado em outras pesquisas com universitários e futuros educadores físicos, evidenciando que, mesmo pessoas com massa corporal normal, apresentaram níveis elevados de insatisfação com o corpo (PINHEIRO; GIUGLIANI, 2006; QUADROS et al., 2010; BOSI et al., 2008). Dos 35% que estavam insatisfeitos por magreza, 27% era de sexo masculino e 25% do sexo feminino, dado este vem a mostrar que cada vez mais os homens tem se preocupado com sua própria imagem corporal.

Apesar de temas sobre estética e corpo estarem sendo enfatizados, de alguma forma, durante a formação em educação física, tal discussão deveria estar mais presente e melhor sistematizada devido sua relevância na atuação profissional (LÜDORF, 2009).

Estudantes de Educação Física são futuros profissionais. Logo estarão lidando com pessoas insatisfeitas com sua imagem corporal e com distúrbios de imagem corporal. Assim, a ação de identificar precocemente a autopercepção de estudantes sobre sua imagem corporal pode contribuir no aprimoramento da percepção desta imagem e facilitar mais tarde o trato com os pacientes no tocante a este quesito.

Conclusão

Frequências elevadas de insatisfação com a imagem corporal nos acadêmicos eutróficos foram verificadas no presente estudo. As universitárias apresentaram-se mais insatisfeitas pelo excesso de peso e os universitários pela magreza, possivelmente por um desejo de mais massa muscular. Isso indica um padrão de beleza abaixo do IMC normal para mulheres e o oposto para homens.

Devido à alta insatisfação com a imagem corporal identificada, sugere-se que os cursos de formação deem maior destaque a temas como imagem corporal e padrões de beleza nas atividades curriculares, possibilitando melhor atuação junto a grupos com distorções de imagem corporal, comuns em escolas e academias.

As principais limitações apontadas nesta pesquisa refere-se à coleta de dados em um único momento, não captando as variações que o estado nutricional e a satisfação da imagem corporal, no decorrer dos anos do curso de graduação, pode apresentar. Recomenda-se maior destaque ao tema durante a graduação e sugerem-se outros estudos, de cunho longitudinal, durante a formação do profissional de educação física.

Referências

CONTI, M.A.; FRUTUOSO, M.F.P.; GAMBARDELLA, A.M.D. **Excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes**. Rev. Nutr., Campinas, v.18, n.4, pag. 491- 497, jul./ago., 2005.

CORTES, Marcela Guimarães et al . **O uso de escalas de silhuetas na avaliação da satisfação corporal de adolescentes: revisão sistemática da literatura.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, Mar. 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000300003&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000300003>. Acesso em 20 mai. 2013.

COQUEIRO, R. S.; PETROSKI, E. L.; PELEGRINI, A.; BARBOSA, A. R. **Insatisfação com a imagem corporal: avaliação comparativa da associação com estado nutricional em universitários.** Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, n. 30, v. 1, p. 31-38, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n1/v30n1a09.pdf>. > Acesso em 18 jul. 2013.

DAMASCENO, Vinicius Oliveira et al. **Tipo físico ideal e satisfação com a imagem corpora de praticantes de caminhada.** Revista Brasileira de Medicina do Esporte, Juíz de Fora, v. 11, n. 3, p.181-186, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbme/v11n3/a06v11n3.pdf> > Acesso em: 16 jun. 2013.

LÜDORF, S. M. A. **Corpo e formação de professores de educação física.** Interface– Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu, v. 13, n.28, p. 99-110, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n28/v13n28a09.pdf>>. Acesso em: 18 de dez. de 2013.

MARQUES, R.S.; OLIVEIRA, A.P.; ASSIS, M.R. **Prevalência de insatisfação com a imagem corporal entre estudantes de educação física.** Corpus et Scientia, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.65-78, jan. 2013. Disponível em: <<http://apl.unisuam.edu.br/revistas/index.php/corpusetscientia/article/view/254/201> > Acesso em 16 de ago. de 2013.

PINHEIRO, A.P; GIUGLIANI, E.R. **Body dissatisfaction in Brazilian schoolchildren: prevalence and associated factors.** Revista de Saude Publica. 2006; 40: 489-96.

QUADROS, T. M. B.; GORDIA, A.P.; MARTINS, C. R.; SILVA, D. A. S.; FERRARI, E. P.; PETROSKI, E. L. **Imagem corporal em universitários: associação com estado nutricional e sexo.** Motriz, Rio Claro, v.16, n.1, p.78-85, 2010.<<http://dx.doi.org/10.5016/1980-6574.2010v16n1p78>>. Acesso em 15 jul. 2013.

STUNKARD, A.J.; SORENSEN, T.;SCHULSINGER, F.. **The Genetics of Neurological and Psychiatric Disorders.** New York: Raven Press, 1983. p. 115-120.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Expert Committee on Physical Status: The use and interpretation of anthropometry physical status.** Geneva: World Health Organization, 1995 (WHO Technical Report Series, v. 854). Disponível em:<http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2013.

VASCONCELOS, K.S. et al. **Consumo alimentar e percepção da imagem corporal de acadêmicos de educação física de uma instituição comunitária de ensino superior.** Revista Científica Jopef, n.2, v.11, p.11-18. 2011.

Agradecimentos

Agradecemos a FUNCAP- Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico e ao Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Crônicas e Enfermagem – GRUPECCE

Sistematização das Redes de Atenção à Saúde no município de Horizonte-CE: relato de experiência da residência multiprofissional.

Sarah Gabrielle Sousa de Oliveira – Escola de Saúde Publica do Ceará e Email: sarahgab@gmail.com

Hévila Nascimento Gomes

Rochelle Holanda Barroso

Ana Karoline Barros do Nascimento

Francisca Roberta Barros Páscoa

Orientador: José Auricélio Cândido – Escola de Saúde Publica do Ceará

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Palavras-chave: Integralidade em Saúde. Atenção à Saúde.

Resumo

O SUS tem como um dos princípios norteadores a integralidade da atenção à saúde que se configura na Rede de Atenção a Saúde (RAS) estando presente em uma região de saúde definida. Reconhecer e conhecer a RAS do município é fator chave para uma atenção resolutive e de qualidade. Objetivo: sistematizar as RAS de Horizonte-ce: relato de experiência da residência multiprofissional. Metodologia: Trabalho de natureza descritivo do tipo relato de experiência, realizado a partir das vivências dos autores no período de Julho a agosto de 2014. Apresenta-se como a apresentação e a descrição da RAS do município de Horizonte, e refletindo sobre como esta supre o cuidado integral a saúde da população. Essa atividade foi desenvolvida dentro do processo de territorialização vivenciado pelos residentes multiprofissionais em Saúde da Família. Resultados e Discussão: Na RAS são encontrados elementos da atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde. Discussão: A rede de atenção básica de Horizonte, vem envolvendo ações de aspectos coletivos e individuais sendo bem organizada, com unidades novas e reformadas, além de amplas e bem equipadas. Em relação à atenção hospitalar foi observado que o fechamento da parte emergencial do hospital e transferência desta para a UPA, a levou insatisfação dos usuários. Conclusão: faz-se necessário promover a integração e interação entre os serviços dessa rede, criando-se a possibilidade da prática de participação coletiva e promoção na troca entre as parcerias em que a rede se estrutura, enfocando a saúde do indivíduo.

Introdução

As Redes de Atenção a Saúde (RAS) são definidas como serviços e ações de saúde que se diferenciam de acordo com sua densidade tecnológica, e estão unidas entre si através de apoio técnico, logístico e de gestão, na busca pelo atendimento integral no indivíduo (BRASIL, 2010).

As RAS se estruturam de forma híbrida, em relação a sua distribuição no território. Na maioria das vezes os serviços de atenção primária à saúde devem estar localizados em partes distintas do território, ou seja, devem estar dispersos, diferentemente dos serviços de alta densidade tecnológica, como os hospitais, unidades de processamentos de exames de patologia clínica, equipamentos de imagem e etc., que se localizam em um ponto do território, ou seja, de forma concentrada (WHO, 2000).

Na construção das redes é importante observar os conceitos de integração horizontal e vertical. A integração horizontal tem como objetivo adensar a cadeia produtiva e com isto obter ganhos de escala, tendo uma maior eficiência e competitividade, podemos citar como exemplos, as fusões de bancos e ou de provedores de internet. Já a integração vertical, se dá entre unidades produtivas diferente, configurando uma cadeia produtiva com maior agregação de valores, como por exemplo uma empresa que começa com a mineração de ferro depois agrega a produção de gusa, depois a produção de aço e etc (MENDES, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde (2010), as diretrizes da RAS são: Fortalecer a APS para realizar a coordenação do cuidado e ordenar a organização da rede de atenção; Fortalecer o papel dos Comitês Gestores Regionais (CGR) no processo de governança da RAS; Fortalecer a integração das ações de âmbito coletivo da vigilância em saúde com as de assistência; Fortalecer a política de gestão do trabalho e da educação na saúde na RAS; Implementar o Sistema de Planejamento da RAS; Desenvolver os Sistemas Logísticos e de Apoio da RAS; Financiamento do Sistema na perspectiva da RAS.

As RAS estão inseridas nas Regiões de Saúde que são instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios (DECRETO Nº 7.508, 2011). No estado do Ceará existem 22 Regiões de saúde. A 22ª região de saúde é composta pelos municípios de Beberibe, Chorozinho, Cascavel, Horizonte, Pindoretama, Pacajus e Ocara. O município Horizonte é uma cidade localizada na Região Metropolitana de Fortaleza, 40,1 km da capital cearense, tem sua área geográfica de 191,9 km², dividida em quatro distritos: Aningas, Dourado, Queimadas e Sede. Atualmente a cidade de Horizonte tem 60.584 habitantes e ocupa a 8ª colocação no grupo de municípios mais populosos da Região Metropolitana de Fortaleza.

O presente texto propõe-se a sistematizar as redes de atenção à saúde de Horizonte-CE relatando a experiência da residência multiprofissional além de apresentar a rede de atenção à saúde de Horizonte-CE, observando se estas estão conseguindo suprir o cuidado integral a saúde da população de Horizonte-CE.

Metodologia

Este relato apresenta a experiência dos residentes na construção de redes de atenção à saúde no município de Horizonte- Ceará, tendo como ponto chave o processo de territorialização que favorece o reconhecimento da dinâmica social e política das áreas de atuação e, portanto, a primeira etapa para um aperfeiçoamento das práticas de trabalho dos profissionais de saúde, o presente estudo foi realizada no período de Junho a Agosto de 2014. Neste período, os residentes multiprofissionais, acompanhado de seu preceptor de campo, fizeram um mapeamento das redes do município. Em seguida caminhamos dentro dela, conhecendo suas funções e interligações.

Resultados e Discussão

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

A Rede de Atenção à Saúde no município de Horizonte é composta pela Atenção primária: UBS - UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: são 19 (dezenove) unidades básicas com 20 (vinte) Equipes de saúde da família e 01 (um) NASF. A residência multiprofissional em Saúde da Família veio complementar com: enfermeiras, dentistas, fisioterapeutas, psicólogas, assistentes sociais e nutricionistas formando 03 (três) NASFs; Urgência e emergência: UPA - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO: Atende as urgências e emergências tanto do município de Horizonte como Pacajus. É prestado o socorro, controlam o problema e detalham o diagnóstico. Eles analisam se é necessário encaminhar o paciente a um hospital ou mantê-lo em observação por 24 horas, SAMU: programa do governo federal que tem a finalidade de prestar socorro médico emergencial às pessoas e garantir a qualidade no atendimento, tendo como responsabilidade socorrer vítimas e, nos casos mais urgentes, fazer o pré-atendimento, no sentido de estabilizar a vítima, e depois encaminhá-la a um hospital próximo. A base é no HMVRS (Hospital e maternidade Venâncio Raimundo de Sousa) e, quando autorizado pela central, atende a outros municípios; Atenção psicossocial: CAPS GERAL - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: existe 01 que atende a população do município dando suporte terapêutico na travessia do sofrimento psíquico de usuários de saúde mental, CAPS AD - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: conta com 01 centro tendo sido realizado um convênio para atender a população de Horizonte, Chorozinho, sendo um serviço específico para o cuidado, atenção integral e continuada às pessoas com necessidades em decorrência do uso de álcool e outras drogas, Atenção ambulatorial especializada e hospitalar: POLICLÍNICA DR. MEMÓRIA: instituição médica onde é prestada uma gama de cuidados em saúde, incluindo serviços de diagnóstico e de tratamento, sem necessidade de internamento, oferecendo serviços de diversas especialidades médicas, tais como Ginecologista, Dermatologista, Reumatologista, Otorrinolaringologista, Neuropediatria, Cardiologista, Pediatria, Obstetra, Urologista, Neurologista, Ortopedista, Endoscopista, Ultrassonografia e Fonoaudiologia, HMVRS - HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA: Funciona com serviços internamento hospitalar, urgência e emergência Obstétrica, além de oferecer serviços de Traumatologia e Raio-X, CENTRO DE REABILITAÇÃO: os serviços são: atendimento de fisioterapia, como: traumatológico, reumatológico, neurológico, atendimento a crianças com necessidades especiais interdisciplinar, além do atendimento fonoaudiológico, CEO - CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS: Centro de Especialidades Odontológicas está preparado para oferecer à população, no mínimo, os seguintes serviços: Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca; Periodontia especializada; Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; Endodontia; Atendimento a portadores de necessidades especiais. O tratamento oferecido no Centro de Especialidades Odontológicas é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica e no caso dos municípios que estão na Estratégia Saúde da Família, pelas equipes de saúde bucal; e Vigilância em saúde: VIGILÂNCIA SANITÁRIA: órgão responsável pelas ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, NUEND - NÚCLEO DE ENDEMIAS: coordena o trabalho de educação e mobilização em saúde, cujo foco é a conscientização, por parte da população, no combate à proliferação de focos de mosquitos responsáveis por diversas doenças.

De acordo com o Ministério da Saúde (2010) a atenção primária em saúde é o centro de comunicação da rede de saúde, devendo as equipes estarem organizadas e operando da melhor forma possível, substituindo o modelo hegemônico por redes integradas de saúde, passando a ser uma atenção multiprofissional e interdisciplinar. Com isso, a rede de atenção básica de Horizonte, vem envolvendo ações de aspectos coletivos e individuais, é bem organizada, com unidades novas e reformadas, além de amplas e bem equipadas. Ainda, é porta de entrada e faz a articulação e há interligação dos serviços com outros pontos da rede, quando necessário.

As unidades de saúde possuem equipes completas, formadas por médico, enfermeiro e dentista, e contam com o apoio dos NASF's. Vale destacar que em cada unidade há uma pessoa/profissional que é responsável pela gerência do local, ajudando a organizar a Unidade, possibilitando um trabalho mais eficaz.

A rede de saúde psicossocial em Horizonte, que deve ser integrada, articulada e efetiva, encontra-se incompleta, sendo composta basicamente pelo CAPS Geral e CAPS AD, atendendo minimamente a demanda da população, decorrentes de transtornos mentais e/ou consumo de álcool e outras drogas.

Conta também com leitos de retaguarda no hospital do município, no qual a regulação pode ser feita pelos próprios profissionais, e com equipe mínima. O apoio matricial da saúde mental na Estratégia de saúde da família ainda é algo inicial no município, sendo desempenhada na maioria das vezes pelos Residentes multiprofissionais, concordando assim com o estudo de Bezerra e Dimenstein (2008), onde relatam que o matriciamento é algo novo no campo da saúde mental e encontra-se em construção.

Dentro da rede de urgência e emergência o município conta com um Hospital e Maternidade, atendendo a urgência e emergência obstétrica e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) que atende a demanda do consórcio Horizonte-Pacajus. Devido ao fechamento da parte emergencial do hospital e transferência desta para a UPA, a população tem mostrado insatisfação, pois houve o aumento da demanda e tempo de espera, devido a localização da UPA (BR 116) e ao consórcio Horizonte-Pacajus.

O SAMU é um serviço utilizado em casos de emergência que está presente na cidade de Horizonte. Há uma base desta unidade no HMVRS, atendendo a esta cidade e, por ordenação da central, pode prestar socorro a outros municípios.

A vigilância em saúde, dentre outros, conta com os órgãos que são complementares e essenciais em suas atuações. O NUEND coordena o trabalho de educação e mobilização em saúde, objetivando a conscientização por parte da população, no combate à proliferação de focos de mosquitos causadores de diversas doenças.

A Vigilância Sanitária perfaz as ações no âmbito das práticas de saúde coletiva, capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, a fim de garantir maior qualidade do processo de produção, distribuição e consumo de bens e serviços relacionados à saúde, e das condições de vida e trabalho dos cidadãos.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

A rede de atenção especializada conta, dentre outros, com a policlínica que possui médicos de várias especialidades, porém encontra-se fragilizada, pois, a equipe médica não supre a alta demanda da população, havendo insatisfação por parte dos usuários. Em geral, a atenção especializada deste município, funciona através de unidades de referência (referência e contra-referência), funcionando através de encaminhamentos.

Conclusão

As redes possuem relações complexas e resistentes, sendo essencial que se cultive as interações nos diferentes setores. Entre eles, enfocamos a atenção básica em saúde, efetuada principalmente pela Estratégia de Saúde da Família, bem como todos os serviços que compõem a rede de atenção primária.

Faz-se necessário promover a integração e interação dos serviços de saúde dessa rede. Criando a possibilidade da prática de participação coletiva e promoção da saúde na troca de parcerias em que a rede se estrutura, focando a integralidade da atenção a saúde do indivíduo.

Referências

BEZERRA, E; DIMENSTEIN, M. O CAPS e o trabalho em rede: torcendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicologia ciência e profissão**. v. 28, n. 03, p.632-645, 2008.

BRASIL. DECRETO Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. **Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. - See more at: <http://atencaobasica.org.br/relato/2218#sthash.i9ublgMM.dpuf>

CASTELLS, M. – **A sociedade em rede**. São Paulo, Paz e Terra, Volume I, 4ª ed., 2000.

DLUGACZ, Y.D., RESTIFO, A. & GREENWOOD, A. – **The quality handbook for health care organizations: a manager's guide to tools and programs**. San Francisco, John Wiley & Sons, 2004.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **The world health report 2000: health systems, improving performance**. Geneva, WHO, 2000.

Agradecimentos

A Deus, em primeiro lugar, e a todos que colaboraram de forma direta e indireta na busca dos conhecimentos necessários para a realização deste trabalho.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

V Seminário Internacional em
Promoção da Saúde